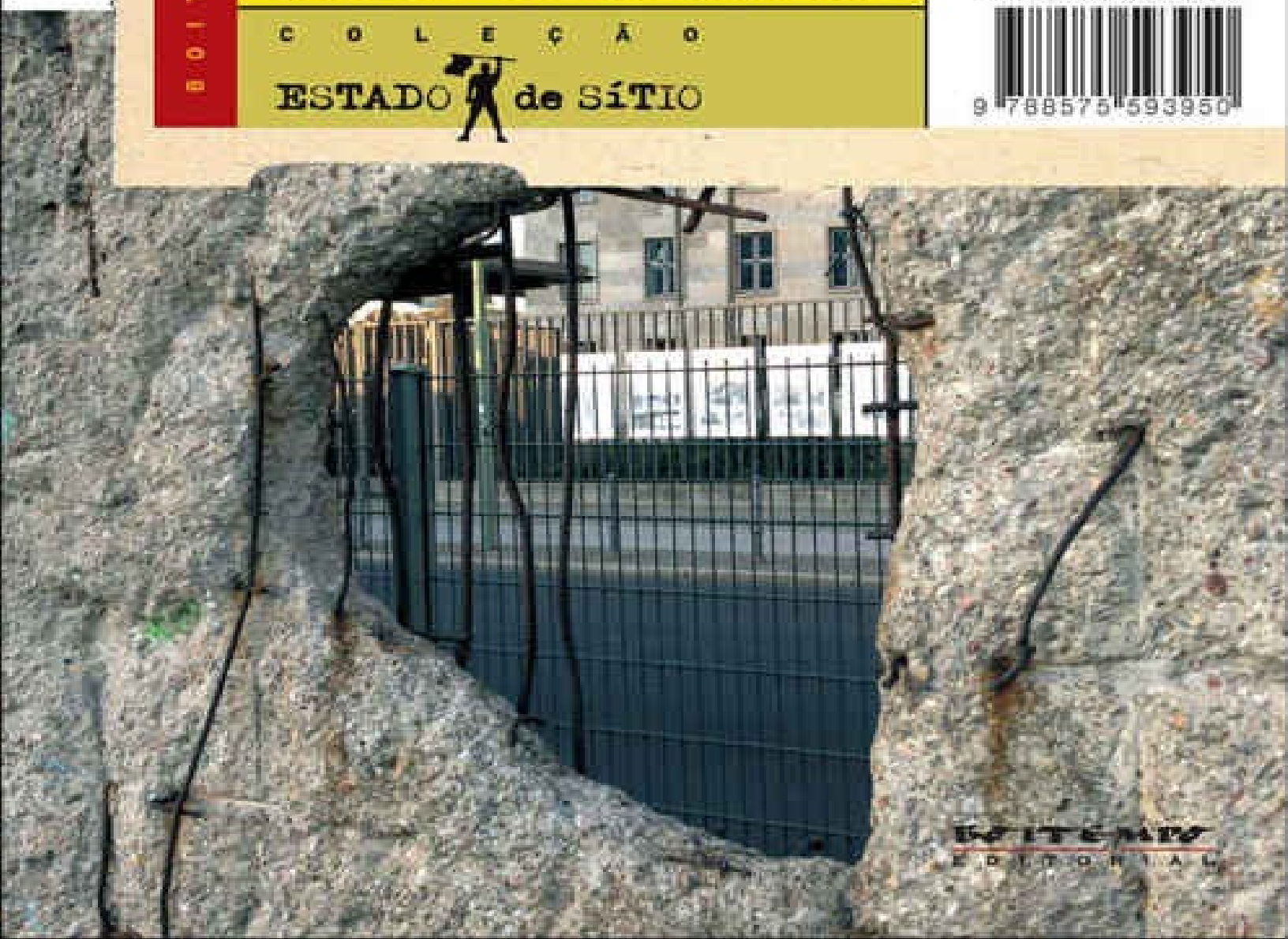
ISBN 978-85-7559-395-0
9 788575 593950

MAL-ESTAR, SOFRIMENTO E SINTOMA

UMA PSICOPATOLOGIA DO BRASIL ENTRE MUROS

CHRISTIAN INGO LENZ DUNKER

Sobre *Mal-estar, sofrimento e sintoma*
José Luiz Aidar Prado

Ao examinar o conjunto de mal-estar, sofrimento e sintoma, Christian Dunker investiga como a vida brasileira está governada por uma razão sistêmica tutelada por tecnoespecialistas, a quem ele chama de *síndicos*. Tal é a vida em *condomínio*, em que tudo vira objeto de gestão totêmica. Tudo parece líquido, mas essa impressão é ilusória, já que no condomínio pós-moderno os diagnósticos são bem sólidos, impressos em código DSM e regados por uma obesa fábrica de fármacos. O caminho escolhido na história brasileira é o de despolitizar o sofrimento, medicalizar o mal-estar e condominializar o sintoma. Contra essa colonização da existência, Dunker introduz um conceito psicanalítico de *sofrimento*, em que este é resposta às configurações de época, entendido a partir de seus *modos de expressão* e ligado aos processos de *reconhecimento social*. Todo sofrimento é um desejo de que as coisas sejam diferentes; o mal-estar tem sua gênese na *perda de experiência* de uma forma de vida ainda não reconhecida; patologias têm de ser entendidas como bloqueios ou contradições não reconhecidas.

Nossa razão diagnóstica tem definido a fronteira entre mal-estar, sofrimento e sintoma sob a perspectiva de um capitalismo à brasileira. Repensá-la e rever a recepção da psicanálise no Brasil é propor a reconstrução de nossas formas de vida. Dunker o faz a partir de uma arqueologia da psicanálise brasileira em conjunção com uma retomada das teorias de brasilidade. Esse caminho nos leva a um debate que posiciona a psicanálise numa chave não totêmica, a partir de um animismo ameríndio. A corrente liberal localiza a fonte do sofrimento na falta de experiências produtivas de determinação, mas outra corrente aposta nas experiências da não identidade: “onde a diagnóstica clássica quer chamar o síndico para suplementar o declínio da imago paterna é preciso reconhecer a universalidade do xamanismo transversal”. Chega da busca do sucesso biopoliticamente administrado; contra isso, o pensamento ameríndio traz a possibilidade de uma reconstrução da teoria do reconhecimento que incorporará as experiências de indeterminação – o encontro contingente na mata ameríndia. Hegel, após ler Lacan, estagia na Amazônia.

Sobre o autor

Christian Ingo Lenz Dunker é professor titular em Psicanálise e Psicopatologia do Departamento de Psicologia Clínica da Universidade de São Paulo (USP). Doutor em psicologia experimental, com tese sobre as psicoses e as patologias de linguagem, fez pós-doutorado na Manchester Metropolitan University, sendo premiado pelo caráter inovador de suas pesquisas sobre crítica e linguagem. Sua tese de livre-docência, *Estrutura e constituição da clínica psicanalítica*, publicada pela Annablume em 2011, ganhou, em 2012, o prêmio Jabuti de melhor livro em Psicologia e Psicanálise. Publicou dezenas de artigos científicos no Brasil e no exterior, atuando ainda como articulista, colaborador e editor em revistas especializadas, periódicos e sites. É membro da Escola de Psicanálise dos Fóruns do Campo Lacaniano e, junto com Vladimir Safatle e Nelson da Silva Jr., coordena o Laboratório de Teoria Social, Filosofia e Psicanálise (Latesfip) da USP. De suas obras, destacam-se: *O cálculo neurótico do gozo* (Escuta, 2002), *A psicose na criança* (Zagodoni, 2013) e *Lacan e a clínica da interpretação* (Zagodoni, 2015).

SUMÁRIO

Para Mathias, pela música.
Para Nathalia, pelos bichos estranhos.
Para Cris… pela loucura.

PREFÁCIO
Depois dos muros de Alphaville, o mato

Alphaville, um dos mais célebres filmes de Jean-Luc Godard, conta a história de uma sociedade de arquitetura modernista, a anos-luz da Terra, na qual tudo é organizado por um computador central, o Alpha 60. Em Alphaville, as singularidades inexistem, as emoções são raras e ilógicas, pois estranhas a um princípio geral de produtividade e equivalência que comanda o desenvolvimento social. Tampouco tem lugar a tristeza; mesmo as execuções são feitas em piscinas olímpicas nas quais nadadoras, sempre sorridentes, retiram da água o corpo do executado.

Lemmy Caution é um agente secreto enviado a Alphaville para destruir o computador e eliminar seu criador, o professor Von Braun. Em algumas cenas memoráveis, vemos Caution sendo interrogado por Alpha 60 e respondendo a suas perguntas objetivas com citações de Jorge Luis Borges, Blaise Pascal e Friedrich Nietzsche. Desnorteada, a máquina o libera até nova ordem. Essa foi a maneira encontrada por Godard para mostrar o que Alphaville havia deixado fora de suas fronteiras: a indeterminação que vem junto à palavra poética, esse pavor pascaliano diante do silêncio dos espaços infinitos. Ou seja, fora de Alphaville estava toda a experiência possível.

Alphaville é também o nome de um dos primeiros condomínios fechados do Brasil, inaugurado como um lugar seguro e controlado, no qual nossa humanidade meridional poderia voltar a aflorar sem precisar se confrontar com o medo do caos social. No local, entre construções *fake* e neoclássicas e jardins sem grades, tudo deveria ser "civilizado" como em *Alphaville*, uma sociedade baseada em modelos militares de exclusão. No entanto, ajustes foram feitos para dar coloração local ao sonho do professor Von Braun. Por exemplo, no lugar de Alpha 60, com sua voz metálica, temos outra figura de autoridade e de controle absoluto, muito peculiar e típica da vida em condomínio: o síndico, com sua voz de gestor do gozo alheio. Borges, Pascal e Nietzsche também não fazem parte da lógica do síndico. Na verdade, como dirá Christian Dunker, "o que o gestor sabe é que o Real em jogo no capital é muito mais importante do que o Real em jogo na realidade". Até porque, em um condomínio, não se mora em uma casa, mas em um ativo de rentabilização imobiliária que deve ser administrado tendo principalmente isso em vista. A lógica é a mesma, só não há as nadadoras com sorriso no rosto em dia de execução.

Não escapou a Dunker a sugestiva inversão que transformou um pesadelo distópico em sonho brasileiro de consumo. Dessa forma, por suas mãos, o condomínio fechado acaba por ser elevado a paradigma da forma de vida hegemônica no imaginário nacional. Mas os sonhos de condomínio fechado produzem monstros, e é sobre eles que este livro discorre. Nunca perdendo de vista a tese da impossibilidade de compreender as configurações históricas do sofrimento psíquico sem partir da reconstrução prévia de seus vínculos com a experiência social, o autor leva ao extremo a ideia de

refletir sobre as configurações locais da experiência clínica. Daí a necessidade de explorar as diferenças no interior da tríade: mal-estar, sofrimento e sintoma. Pois trata-se de lembrar que o sofrimento não é apenas aquilo que se expressa na descrição categorial dos sintomas e em suas estruturas classificatórias. "Para ser tratado de acordo com a medicina moderna", dirá Dunker, "é preciso sofrer de acordo com ela". Maneira astuta de salientar, contra a visão funcionalista--descritiva das patologias mentais, que o sofrimento é indissociável de uma experiência narrativa que mobiliza sistemas sociais de valores, narrativas e expectativas fracassadas de reconhecimento. O que explica, entre outras coisas, as discussões críticas sobre Axel Honneth e a teoria do reconhecimento na última parte do livro.

Aceita, pois, a natureza indissociável da relação entre sofrimento e sistemas sociais, nada mais lógico do que perguntar como a experiência nacional e suas formas de sociabilidade fornecem quadros de circulação dos desejos e dos afetos, definindo especificidades das patologias mentais, que, afinal, são, ao mesmo tempo, modalidades de sofrimento que impõem restrições a formas almejadas de vida, mas têm também uma profunda dimensão de "patologia social". Ao mobilizar tal paralelismo, Dunker não quer compreender as patologias mentais como expressão direta de desregulações das normas sociais ou como desvio em relação a uma média fornecida pelo padrão dos comportamentos hegemônicos – perspectiva que lhe colocaria, por exemplo, na linha direta dos estudos de Émile Durkheim sobre a anomia. Na verdade, trata-se de mostrar como o sofrimento psíquico é a expressão de um social ainda não reconhecido, ou não mais reconhecido, que continua a insistir como carta não entregue, promessa não cumprida. Nos sintomas de conversão da histérica, nas repetições rituais do obsessivo, pulsa uma história de desejos que lembram a natureza danificada das formas de vida que temos. Por isso, tais sofrimentos são o resultado direto do bom funcionamento das normas sociais. Não há norma sem o *pathos* produzido por aquilo que ela é incapaz de normatizar.

Tendo isso em mente, Dunker se dedica a um impressionante esforço de recolocar a psicanálise no interior da história dos embates nacionais a respeito do sentido de sua formação sociocultural. Sendo a psicanálise a experiência clínica mais sensível a tal natureza narrativa do sofrimento, nada mais consequente do que se perguntar como ela pensou o impacto do sistema nacional de valores, com suas questões sobre o "atraso" em relação aos padrões ocidentais de individualidade e de organização institucional, na maneira como sofremos psiquicamente. Descobrimos, com isso, como a implementação bem-sucedida da psicanálise no Brasil foi indissociável de sua capacidade de ser uma crítica da cultura que privilegia os impasses de individualização e socialização.

Mas, além desse esforço de reinscrição do capítulo brasileiro da história da psicanálise no interior de um debate mais amplo a respeito das tensões de nosso processo recente de formação cultural, Dunker faz uma operação ainda mais ousada. Pois a psicanálise correria o risco de se transformar simplesmente na gestora psíquica dos desconsolos do "atraso" nacional se fosse incapaz de procurar em solo pátrio uma "antropologia filosófica" que não fosse refém de certa antropologia psicanalítica marcada, por sua vez, por certa teoria do progresso histórico no qual ontogênese e filogênese acabam por se articular em um contínuo em desenvolvimento. Essa antropologia filosófica capaz de problematizar as relações – importantes para Freud – entre animismo e narcisismo ou entre totemismo e estruturas diagnósticas, Dunker a encontra nos trabalhos inovadores de Eduardo Viveiros de Castro. Com isso, um movimento duplo anima seu livro.

Primeiro, trata-se de demonstrar como o privilégio psicanalítico dado ao sofrimento, a despeito de uma visão meramente funcional-descritiva dos sintomas, tornou-o capaz de expressar o impacto da

situação social brasileira nas configurações do adoecer psíquico. Chegando ao presente, tal situação social recebe uma espécie de “tipo ideal” na figura do condomínio fechado. “De que condomínio nosso sofrimento faz parte? De qual Alphaville somos a expressão?”, é o que parece perguntar Dunker.

Mas tudo se passa como se, contra o adoecimento produzido por Alphaville, fosse necessário mobilizar o potencial multinaturalista do perspectivismo ameríndio. Como se esse potencial próprio ao perspectivismo fosse a melhor expressão da possibilidade de experiências produtivas de indeterminação, utilizando para isso uma chave de compreensão não normativa dos processos de cura, tal como procuramos desenvolver nos trabalhos de nosso Laboratório de Teoria Social, Filosofia e Psicanálise (Latesfip) da USP.

Contra a logicidade instrumental de Alpha 60, Lemmy Caution dizia: “O silêncio eterno desses espaços infinitos me atemoriza”. Depois de ler *Mal-estar, sofrimento, sintoma*, acabamos por descobrir que talvez a melhor sentença crítica contra tal razão instrumental continue sendo a fala do índio bororo, que tanto tocava Lacan: “Eu sou uma arara”.

Vladimir Safatle
São Paulo, agosto de 2014

AGRADECIMENTOS

Na língua inglesa, agradecer (*to thank*) e pensar (*to think*) pertencem a uma etimologia comum. De fato, essa é uma proximidade que tem se confirmado para mim ao longo dos tempos. Pensar junto, compartilhar descobertas e arriscar hipóteses são coisas simples quando se tem uma espécie de comunidade de invenção, como esta à qual quero agradecer.

Ao João Felipe Guimarães de Macedo Sales Domiciano, que pela primeira vez nos trouxe os avanços recentes da antropologia pós-estruturalista brasileira, com sua importância para uma redefinição do mito e de suas consequências para a renovação da hipótese de formalização da prática psicanalítica a partir do xamanismo transversal dos povos amazônicos do alto Xingu.

Ao Paulo Arantes, que, a partir de uma pequena vinheta sobre condomínios, escrita por sua encomenda, há mais de dez anos, intuiu a tese do livro que agora se materializa. Aos queridos Vladimir Safatle e Nelson da Silva Jr., com quem, na coordenação do Laboratório de Teoria Social, Filosofia e Psicanálise (Latesfip/USP), dividi aventuras matinais e viagens interestrelares por terras nunca antes navegadas, pelo cabo Honneth até a península Canguilhem, pelo estreito de Hegel até a Nova América Lacaniana.

Aos alunos, aos amigos e aos passantes do Latesfip, que, nestes quase dez anos, nos trouxeram tantas ideias e experiências produtivas, de determinação e de indeterminação. Enumero aqui a tripulação que participou de nosso próximo livro, mas pensando que muitos outros ainda deram sua “palha”, sua “nota dissonante” ou sua contribuição, como diria Raul Seixas, para nosso “belo quadro social”: Anna Turriani, (que pela primeira vez leu e corrigiu o texto, com seu astrolábio de luz), Fuad Kyrillos Neto, Hugo Lana dos Santos, Maria Letícia Reis, Paulo Beer, Rafael Lima, Valesca Bertanha, Daniele Sanches, Danna De Luccia, Karen Alves, Helgis Cristófaro, Maria Nakasu, Marcus Teschainer, Rafael Gargano, Roberto Propheta Marques, Ronaldo Manzi, Silvio Carneiro, Rodrigo Camargo, Luiz F. B. Gonzáles, Ivan Nascimento, Felipe Scatambulo, Fátima Galindo, Marília Pisani, Márcia Ferreira, Leonardo Müller, Celso Favaretto, Pedro Eduardo Silva Ambra, Julio Cesar Lemes de Castro, Júlia Catani, Luiz Henrique de Paula Conceição, Luiz Eduardo de Vasconcelos Moreira, Patricia Porchat, Tiago Humberto Rodrigues Rocha, Aline Carrenho, Fabio Franco, Virgínia Costa, Catarina Pedroso, Carlos Eduardo Ribeiro, Daniela Smid Rodrigues, Mirmila Musse, Rafael Kalaf Cossi, Stelio de Carvalho Neto e Bruna Martins Coelho.

Ao José Roberto Olmos, querido amigo e valente lutador do Latesfip, companheiro da Expedição ao Fórum de Psicanálise de São Paulo, que veio a falecer nos últimos momentos desta edição.

Muitas das ideias aqui apresentadas emergiram no contexto de nosso grupo de orientação, ao qual agradeço pela presença constante, pelo apoio e pela convivialidade ao longo destes anos nos quais enfrentamos antropófagos, calmarias e amotinados: Daniele Sanches, Luciana Krissac Salum,

Maria Letícia Reis, Clarice Paulhon, Lígia Borba, Dulce Coppedê, Jacqueline Cardoso e o aspirante a grumete, Clóvis.

Outros tantos antigos marujos da Rede de Pesquisa Sintoma e Corporeidade, Heloísa Ramirez, Tatiana Assadi, Lola Andrade e Luciana Guareschi, e do Fórum do Campo Lacaniano, especialmente Dominique Fingermann, Paula Pires e Paulo Rona, têm aqui meu honrado agradecimento pela coragem de dobrar o Cabo das Tormentas, rebatizando-o, assim, de Cabo da Boa Esperança Lacaniana. No meio dessa jornada, perdemos nossa querida Stella Ferraretto, que tantas vezes nos fez ver coisas que ainda não estavam lá. Jamais será esquecida.

Em muitos portos amigos, fiz apresentações preliminares e testes de profundidade deste texto; agradeço a calorosa acolhida no Campo Lacaniano de Salvador, do Recife, de Natal, de Belo Horizonte e de Belém, bem como na Escola de Psicanálise de João Pessoa e na Sigmund Freud de Porto Alegre.

Ao pessoal do consultório, especialmente Michele Roman Faria, com quem discuti as agruras insulares do lacanismo.

Aos fiéis náufragos do cartel dos discursos, Angela Vorcaro, Ricardo Goldenberg e Leda Bernardino, e do cartel do supereu, José Luiz Aidar, Isleide Fontenele e Emília Broide, ainda que não tenhamos chegado à conclusão de havermos descoberto a Nova América ou as Índias Ocidentais.

Ao Álvaro Faria, amigo de fé, irmão camarada, e à família Faria, que saberá muito bem onde aqui foi representada.

Ao Contardo Calligaris, navegante de além-mar, que ajudou a trazer novas pragas para nossos novos portos.

Às companheiras de caravelas clínico-uspianas, Maria Lívia Tourinho Moretto, Miriam Debieux Rosa, Helena Bicalho e Léia Priszkulnik.

Aos almirantes de além-mar e circum-navegadores com quem discuti a improbabilidade náutica deste projeto, Ian Parker e Erica Burman, bem como ao pessoal da Sociedade Internacional de Filosofia e Psicanálise, especialmente Philippe Van Haute e Monique David-Ménárd.

Aos queridos cartógrafos da editora Boitempo, que apostaram nesta aventura improvável, Ivana Jinkings, Kim Doria, Artur Renzo e, claro, minha timoneira incansável, Isabella Marcatti.

A todos os marinheiros de primeira, segunda e infinitas viagens do Seminário sobre a Obra de Jacques Lacan, onde muitas das ideias aqui apresentadas foram testadas inicialmente, ao Grupo de Construção de Casos Clínicos e ao pessoal da Rede Clínica do IP/USP.

A Cris, Mathias e Nathalia, com quem divido esta travessia pelo mundo.

NOTA DO AUTOR

A maior parte dos textos de Freud foi citada a partir de *Obras completas Sigmund Freud* (trad. José L. Etcheverry, Buenos Aires, Amorrortu, 1988) e cotejada com *Sigmund Freud Studienausgabe* (Frankfurt, S. Fischer, 1989)
e com *Sigmund Freud Standard Edition* (trad. Jaime Salomão, Rio de Janeiro, Imago, 1983). Quando disponíveis, utilizaram-se também *Obras psicológicas de Sigmund Freud* (trad. Luiz Alberto Hans et al., Rio de Janeiro, Imago, 2004) e *Obras incompletas de Sigmund Freud* (coord. Pedro Heliodoro Tavares, Autêntica, 2013). Tanto os títulos quanto as passagens citadas constam em português com minha tradução.

Para os textos de Lacan, adotaram-se *Escritos* (trad. Vera Ribeiro, Rio de Janeiro, Zahar, 2004), cotejados com *Écrits* (Paris, Seuil, 1990) e com *Ecrits: a Selection* (trad. Bruce Fink, Nova York, W. W. Norton & Co., 1999), além de *Outros escritos* (trad. Vera Ribeiro, Rio de Janeiro, Zahar, 2003), cotejados com *Autres écrits* (Paris, Seuil, 2001).

INTRODUÇÃO

O pai de um amigo é levado às pressas para o hospital. A família, preocupada, acompanha o processo de internação. Filas de convênios e processos de autorização se intercalam com exames e opiniões. Corredores brancos e sinuosos, repletos de portas, algumas sem placa. "O neurologista não veio hoje." Macas passam de um lado para outro sob olhares desviantes, entre a vergonha da intimidade devassada e a incerta expectativa de reconhecer o mesmo sofrimento. "Sem convênio, vai ter de ir para a saúde pública mesmo, no momento não tem vaga." Alguns parecem indiferentes, acostumados à rotina de filhos ou avós semanalmente em vistoria médica. Formulários, recibos de pagamento, documento de identidade. "Primeira vez por aqui?" Monitores de televisão suspensos, grupos de familiares espalhados pela sala de espera que se transforma em sonolenta e precária área de convivência. Come-se. Número de chamada no telão. Bebe-se. "Ainda não chamou?" Telefone celular. "Vai ter que internar?" Alguém chora baixinho. "Já avisou?" Chega o médico, com a face tensa – talvez seja só cansaço –, desvia o olhar para um residente e pede o prontuário. Mas, antes que o especialista possa dizer alguma coisa, o pai de meu amigo se antecipa: "Não precisa dizer o que eu tenho, doutor. Eu sei o que tenho. Chama-se 87 anos".

Depois de vinte anos praticando psicanálise em São Paulo, é assim que eu gostaria de começar certas investigações diagnósticas: pelo nome da coisa. Cada pessoa que nos procura tem uma idade diferente, territórios simbólicos distintos, mundos imaginários e histórias que, de tão reais, parecem inventadas. Mas nos primeiros encontros há sempre esta pergunta, raramente enunciada: "O que é que eu tenho? Qual é o nome dessa coisa que atrapalha minha vida, que transtorna minha maneira de amar, que é a razão de meu fracasso e a causa de meus desencontros?".

Diagnosticar tornou-se uma das atividades mais especificamente valorizadas em nossa atual forma de vida, mediada pelos chamados analistas simbólicos. As políticas públicas baseiam-se cada vez mais em diagnósticos. O terceiro setor, florescente no Brasil pós-inflacionário, organizou-se em torno da tríade *diagnóstico*, *intervenção* e *avaliação*. A cultura dos consultores espera diagnósticos para problemas, processos e comportamentos. *Coachings, mentorings* e *head hunters* são práticas que diagnosticam potenciais, disposições e qualidades para o planejamento e a reorientação da vida no trabalho. Na educação, diagnostica-se cada vez mais, e mais cedo. A medicalização da infância passou da disfunção cerebral mínima, nos anos 1970, para a dislexia, nos anos 1990, chegando agora ao déficit de atenção (com ou sem hiperatividade). E não há medicalização sem diagnóstico, embora possa haver, ainda que de maneira controversa, diagnóstico sem medicalização.

A administração da vida, nua ou travestida, requer contínuos "re-diagnósticos", e eles são cada vez mais híbridos. Há diagnósticos que integram sistemas de saúde com narrativas estéticas, trazendo consigo novas disciplinas dietéticas, sexológicas ou comportamentais. Há diagnósticos jurídico-morais, incluídos nas recentemente aprovadas leis sobre a alienação parental, sobre a proibição da

“palmada”, sobre o direito ao afeto dos pais. Há diagnósticos psicológicos, assistenciais, atuariais, médicos, securitários. Há estratégias de monitoramento e diagnóstico de tendências, microtendências e atitudes necessárias para entender o consumo, que são parte da vida cotidiana da publicidade, do sistema da cultura e do entretenimento. Há diagnósticos ecológicos, econômicos, epidemiológicos, os quais orientam políticas públicas e intervenções sociais.

Seria preciso chamar de “diagnóstica” essa expansão dos atos, raciocínios e estratégias de inserção política, clínica e social do diagnóstico, e sua consequente “força de lei”, capaz de gerar coações, interdições, tratamentos e que tais. Ou seja, uma diagnóstica (no feminino) é um discurso local acrescido de efeitos, alianças e injunções que ultrapassam esse campo específico de autoridade, ação e influência. Assim sendo, o ato diagnóstico ocorre no interior de um sistema de possibilidades predefinidas envolvendo um sistema de signos, uma prática de autoridade e uma gramática das formas de sofrimento que são agrupadas em uma unidade regular. A diagnóstica é a condição de possibilidade dos sistemas diagnósticos. O que chamo de “racionalidade diagnóstica” opera cifrando, reconhecendo e nomeando o mal-estar em modos mais ou menos legítimos de sofrimento e, secundariamente, estipulando, no interior destes, as formas de sintoma. Se o reconhecimento de sintomas em unidades regulares, chamadas de doenças, síndromes, quadros ou distúrbios, é a tarefa do diagnóstico, a articulação entre mal-estar, sofrimento e sintoma é o objetivo da diagnóstica.

Como tentei mostrar em outro lugar[1], uma diagnóstica envolve a absorção dos efeitos do diagnóstico no interior mesmo da ação clínica. O diagnóstico de uma doença grave, por exemplo, não é apenas um fato clínico do qual decorrerá um tratamento médico. Ele também se tornará, eventualmente, um fato econômico para a pessoa e para a família que o recebe, um problema moral, se a doença possuir valência moral na cultura do paciente, um problema educacional, se isso implicar restrições e cuidados especiais – e tudo isso de modo transitório ou permanente. Ele pode se tornar um fato jurídico, se o plano de saúde se recusar a pagar os custos do tratamento. E é, antes de tudo, um fato epidemiológico, um aspecto da estatística geopolítica daquele sintoma ou daquela doença. É potencialmente um fato psicológico, quando afeta de maneira substancial o horizonte futuro, a ressignificação de práticas passadas e as perspectivas presentes de realização de uma vida. Uma diagnóstica é composta pelos efeitos, pelos sentidos e pelas “re-designações” que um diagnóstico pode ter para um sujeito ou para uma comunidade diante do aspecto social de sua patologia. Ela é fundamentalmente uma resposta ética que podemos criar para dar destino ao que a psicanálise chamou de mal-estar.

O que distingue os diagnósticos clínicos dos demais tipos de diagnóstico é que os primeiros recorrem e se fundam no campo patológico. Os demais se apropriam do patológico como metáfora. Uma devastação ambiental ou uma política econômica suicida podem ser injustas, viciosas ou ineficientes, mas não se pode dizer que sejam propriamente patológicas. Não é de espantar que, com a inflação de práticas diagnósticas, a medicina tenha requerido nos últimos anos no Brasil[2] o direito e o privilégio de ser a única disciplina a legitimamente praticar diagnósticos.

Contudo, essa separação confia em uma autonomia do patológico que não é simples de defender. Cada vez mais, o âmbito do patológico, mesmo nas práticas de saúde, expande-se para comportamentos de risco, atitudes inadaptadas, predisposições para o desenvolvimento de doenças, qualidades e estilos de vida, vulnerabilidades sociais, situações laborais críticas, configurações ergonomicamente indesejáveis, propensões genéticas, disfunções cerebrais.

Nesse cenário, nota-se uma revitalização expansiva da diagnóstica psiquiátrica sem comparação com outras áreas da medicina. Em sua primeira versão, publicada em 1952, o *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), editado pela Associação Psiquiátrica Americana, continha 182 transtornos, número equivalente ao da *Classificação internacional de doenças* (CID), editada pela Organização Mundial de Saúde. Boa parte desses quadros clínicos era representada por condições psicológicas como as neuroses (fóbica, obsessivo-compulsiva, depressiva, neurastênica, hipocondríaca ou de despersonalização) e as *desordens de personalidade* (paranoide, ciclotímica, esquizoide, explosiva, obsessiva-compulsiva, histérica, astênica, antissocial, passivo-agressiva, inadequada). Na quarta edição revisada do mesmo manual, editado em 1994, o número de transtornos subiu para 297[3]. Ou seja, em 32 anos foram listados 115 novos transtornos, o que acusa um aumento massivo de 63% de novas categorias diagnósticas.

Uma parte desse crescimento é explicada pela segmentação de antigas classes diagnósticas "interpretativas", como *psicose* e *neurose*, que são divididas em unidades sintomáticas "descritivas" cada vez menores: transtornos somatoformes, transtornos dissociativos, transtornos de ansiedade, transtornos factícios. A decomposição e a multiplicação de entidades diagnósticas seguem os critérios de flexibilização, segmentação e uso "administrado" que regulam em termos genéricos o "negócio" da saúde[4], apresentando-se ainda em afinidade com os processos de individualização, que historicamente acompanham as transformações no âmbito da psicopatologia[5]. Ademais, a flutuação de metáforas neuroquímicas e farmacológicas exige unidades conceituais e descritivas cada vez mais flexíveis e indeterminadas clinicamente e cada vez mais hipotéticas do ponto de vista etiológico para justificar a produção repetida de novas medicações (com mais eficácia, menores efeitos colaterais, maior poder de combinação com outras medicações). Isso permite fazer do mal-estar uma doença, inserindo-a em um circuito que vai da propaganda, da divulgação e do consumo de experiências de bem-estar até a aliança entre pesquisa universitária, laboratórios farmacêuticos e gestão da saúde mental[6]. Em uma cultura organizada pelos critérios de desempenho[7], o declínio das reflexões sobre a cura – neutralizada pela tese de que as doenças mentais são, em sua maioria, crônicas, ou seja, para a vida toda – se fez acompanhar de uma gradual indeterminação da expectativa que se deve ter em relação à medicação: cura, tratamento paliativo ou *doping*? Até que ponto o uso de substâncias que aumentam a performance laboral, sexual ou educacional está de fato suprimindo um sintoma e onde começa a extração de mais-valor comportamental? Qual é o limite que separa o uso de substâncias que tratam sintomas de substâncias que criam um superávit de desempenho, quando falamos em indutores do sono, agentes calmantes, supressores de respostas de ansiedade ou relaxantes musculares? Qual o ponto em que esse mal-estar requer um esforço hermenêutico necessário de nomeação e, portanto, de reconhecimento do sofrimento para além do sintoma?

É cada vez mais fácil, para qualquer um, reconhecer-se em um conjunto de signos clínicos dotados de valor diagnóstico. A globalização do capital gerou também uma globalização das maneiras de sofrer. Seria esse um efeito da expansão de uma mesma forma de vida, que carrega vicissitudes tratadas como mercadorias? Ou deveríamos pensar que a exportação dos tipos de sofrimento, das codificações sintomáticas e das grandes narrativas sobre o mal-estar faz hoje, de modo renovado, a função suplementar aos antigos dispositivos de colonização? A forma-mercadoria do sofrimento prepara o terreno ou lida com os efeitos secundários da devastação das formas de vida tradicionais?

Do diagnóstico à diagnóstica

Este livro aborda tais problemas considerando algumas particularidades. A primeira delas é tomar o diagnóstico não apenas como o ato de nomeação clínica de uma condição de adoecimento, mas como uma *diagnóstica*, ou seja, como a reconstrução de uma forma de vida. Considerar o diagnóstico em psicanálise reconstrução de uma forma de vida envolve tanto a diagnóstica do sujeito como a transversalidade diagnóstica entre disciplinas clínicas (médica, psicanalítica, psiquiátrica, psicológica); tanto a flutuação discursiva dos efeitos diagnósticos (jurídico, econômico, moral) como sua incidência no real das diferenças sociais (gênero, classe, sexualidade). Reconstruir uma forma de vida, no escopo ético de uma racionalidade diagnóstica pensada dessa maneira ampliada, é, no fundo, refazer os laços entre trabalho, linguagem e desejo, pensando a patologia – que se exprime no sintoma, no mal-estar e no sofrimento – como uma patologia do social.

Quando o pai de meu amigo, aludido no primeiro parágrafo desta introdução, dá um nome a sua situação – "Eu sei o que tenho. Chama-se 87 anos" –, ele o faz como modo de nomeação do mal-estar. Não podemos desprezar esse ato como um autodiagnóstico, que capta e localiza a série aberta de expectativas, incertezas e indeterminações que cerca sua situação de sofrimento. Ter 87 anos, envelhecer, permanecer na fila de atendimento de um hospital, esperar a aprovação do tratamento por um plano de saúde, preocupar-se com o futuro acarretado pelo adoecimento, preocupar-se com a preocupação que o adoecimento trará para a família, tudo isso faz do sofrimento uma experiência de reconhecimento intersubjetivo. O sofrimento se partilha e é função direta dos atos de reconhecimento que o determinam como tal. Por outro lado, o que se esperava do jovem médico e de seu assistente era outro tipo de nomeação. A nomeação de um sintoma, uma doença, um quadro, uma síndrome é um ato que produz outro tipo de visibilidade: a dor e o sofrimento sentidos pelo pai de meu amigo e partilhados por todos os que o reconhecem e se reconhecem nessa experiência, a sua própria, a do outro, atual, passada ou vindoura. O ato de designação do sintoma inscreve o mal-estar e o sofrimento em um novo registro de discurso, em uma nova ordem de prescrições, interdições, hospitalizações e cuidados. É nesse ponto que o sintoma, na acepção psicanalítica, se distingue do sintoma em outras clínicas. Um sintoma fóbico, uma ideia obsessiva ou uma desconfiança paranoica em geral possuem uma nomeação anterior à chegada ao tratamento, por exemplo, "minha bobagem" (*meine Blödsinn*), como a isso se referia o pequeno Hans[8], o menino de cinco anos que temia cavalos, suas carroças e as ruas por onde eles passavam. "Minha bobagem" é um modo de reunir mal-estar, sofrimento e sintoma, que se articulam em uma aparência ou um semblante de unidade. A unidade do sintoma é também o que confere unidade narrativa à história dessa criança de cinco anos que apresentava esse sintoma da fobia a cavalos.

Se o mal-estar se mostra na finitude de nosso corpo, na precariedade de nossos acordos humanos, em nossa disposição à repetição e à angústia, resistindo à vagueza de sua nomeação, o sofrimento determina-se pela narrativa e pelo discurso nos quais se inclui ou dos quais se exclui. Retenhamos que os termos pelos quais a psicanálise fala da passagem do mal-estar ao sofrimento designam, antes de tudo, usos locais da linguagem: *romance* familiar do neurótico, *teorias* sexuais infantis, *mito* individual do neurótico, ética *trágica* da psicanálise. Romance, teoria, mito ou tragédia são categorias formais, gêneros literários ou discursivos que nos mostram como há um trabalho social da linguagem que se cruza na determinação do sofrimento.

Os soldados que voltavam da Primeira Guerra Mundial sem uma história para contar, corroídos pelo silêncio e pela violação da regra que requer a partilha da experiência, acusavam, para Walter Benjamin[9], o início de uma nova era. Uma era na qual as articulações entre mal-estar e sofrimento seriam reordenadas, em escalada maciça, pela disciplina codificada dos sintomas. Esse era também o pesadelo recorrente de Primo Levi depois de voltar para casa, sobrevivente do extermínio dos campos de concentração. Um único e mesmo sonho o assediava. Ele estava em casa, finalmente em casa, e na hora do jantar começava a falar sobre sua experiência em Auschwitz. E, para sua surpresa, os outros começavam a bocejar e a levantar-se sem cerimônia da mesa. O pesadelo de não ter seu sofrimento reconhecido é proporcional à dificuldade de nomeação do mal-estar. Teria sido fácil dizer que o fato de o sonho ser assim repetitivo e sem grandes variações levanta a suposição de que se tratava de um sonho traumático, e, se estivéssemos na psicanálise do pós-guerra, anteciparíamos a hipótese de que esse é um sintoma típico de uma *neurose de guerra*. Talvez, segundo o DSM-V, Primo Levi sofresse de estresse pós-traumático. Espero que essa maneira de colocar o problema deixe claro ao leitor como a nomeação normativa de um sintoma é terrivelmente redutiva em relação ao domínio de experiência que ela comprime e generaliza.

Portanto, o cenário no qual vamos pensar as experiências brasileiras de conversão do mal-estar ao sofrimento, bem como suas articulações sintomáticas, é definido por alguns movimentos históricos no interior da racionalidade diagnóstica contemporânea[10].

1. Substituição da psicopatologia como campo de confluência das diferentes narrativas sobre o sofrimento pela racionalidade classificatória e segmentar da qual o sistema DSM, autoapresentado como "ateórico", é um exemplo maior. A partir da década de 1970, a psicanálise parece se retirar do campo mais universal da discussão sobre o diagnóstico, recuando para uma posição particularista, na qual seu tipo de prática diagnóstica se torna cada vez mais incomensurável com as demais disciplinas. O pensamento de Jacques Lacan, principalmente em seu primeiro momento, teria contribuído para uma repsiquiatrização da diagnóstica psicanalítica com uma retomada do sentido e da distinção entre neurose, psicose e perversão.
2. Ampliação do espectro diagnóstico da doença mental, ou seja, o número de categorias clínicas aumenta à medida que sua unidade decresce. A partir dos anos 1980, populariza-se a noção de desordem (*disorder*) ou de transtorno para substituir a antiga noção médica de doença mental. Assim, declina gradualmente a ideia de conceituar o sofrimento mental por meio de processos mais gerais, que engendram e explicam inúmeros sintomas. À *despatologização* da "doença mental", que pode agora ser desestigmatizada por sua renomeação como "transtorno", "desordem" ou "dificuldade", corresponde uma *repatologização* generalizada, pela qual todos nós aceitamos nossos sintomas como "normais". Para isso, é necessário descrever grupos de sintomas cada vez mais reduzidos e cada vez mais distantes de uma descrição teórica específica. Desenvolvem-se, assim, as grandes metáforas cerebrais: da serotonina, da depressão, da imunologia, que parasitam as verdadeiras explicações neurofuncionais e os efetivos testes diagnósticos, que ainda estão por vir. Ainda hoje não há nenhuma testagem, nenhum método de neuroimagem, nenhuma forma de comprovar por meio de exames biológicos a presença ou a ausência de um transtorno mental[11].
3. Expansão do modelo conhecido como *medicina baseada em evidências* e, por consequência, da *psiquiatria baseada em evidências*, que envolve a integração das diferentes formas de pesquisa e produção de conhecimento em saúde com uma inusitada consideração clínica de custos, gastos

e vantagens operacionais, epidemiologicamente calculada, na escolha e na indicação de um ou outro tratamento. A partir dos anos 1990, pela primeira vez de modo explícito e institucionalizado, a economia da doença passa a fazer parte dos protocolos da razão diagnóstica[12] e, em 2000, aparece como plataforma ostensiva para a psiquiatria brasileira[13]. No mesmo período, a psicanálise aprofundou sua presença nos hospitais gerais[14] e no sistema público de saúde, bem como nos dispositivos de saúde mental pós-reforma psiquiátrica.

4. Crescimento generalizado da medicalização e das intervenções farmacológicas no âmbito da saúde mental, notadamente a partir dos anos 2000. A política de saúde mental brasileira pós-reforma psiquiátrica tem privilegiado cada vez mais a substituição das práticas clínicas baseadas na palavra em favor da administração massiva de medicação. A transferência da gestão da saúde mental para sistemas baseados em cooperativas, ligadas a hospitais, universidades e ONGs, tende a reconhecer, na prática, que a maneira mais barata e acessível de manter milhares de pacientes sob atenção em saúde mental baseia-se em protocolos simples de diagnóstico e medicalização.

Esses quatro pontos revelam a gradual substituição dos condomínios psiquiátricos, carcerários e cronificantes, baseados no modelo de longa internação e recolhimento hospitalar, por um modelo de racionalidade diagnóstica mais adaptada às exigências do capitalismo à brasileira. Essa nova forma de gestão do mal-estar está centrada na produção de espaços de exclusão e anomia de um lado e na definição de condomínios de classificação diagnóstica flexível de outro. São cada vez maiores os efeitos de consumo que definem em retrospecto o diagnóstico necessário. Os chamados “ajustes de medicação” oscilam até que a medicação que se mostra eficaz determine, retrospectivamente, o diagnóstico que a justifica. Por outro lado, não se podem desconhecer os reais efeitos de modulação da experiência subjetiva induzidos pelas substâncias farmacológicas. São também zonas “artificiais” de contenção, de excitação, de anestesia e de separação que funcionam como muros de proteção contra o mal-estar e zonas de exceção contra o sofrimento.

Patologias do social

Em tempos de biodiversidade global, seria de esperar um crescimento das formas específicas e comunitárias de sofrimento. A deriva intercultural, o choque de civilizações, os circuitos migratórios e imigratórios deveriam ter produzido um aumento dos chamados “quadros clínicos especificamente culturais”. Variações, estratégias e combinações entre as formas de mal-estar, de sofrimento e de sintoma deveriam ter se ampliado com a expansão do contato entre civilizações. Contudo, não parece ser esse o caso. Entre a população da Indonésia, por exemplo, existe uma síndrome conhecida como *amok*, que se apresenta como uma espécie de fúria assassina durante a qual a pessoa lança palavrões enquanto trucida aleatoriamente os circundantes. Outro exemplo se dá entre os habitantes do Sudeste Asiático: a *koro*, patologia mental caracterizada pela obsessão de que os genitais masculinos estão se retraindo para o interior do corpo. No Oriente Médio, diagnostica-se a *zar*, transtorno dissociativo comum, no qual o paciente simultaneamente gargalha, canta, grita e chora[15]. Quando estive em um congresso na África do Sul em 2000, encontrei inúmeros psiquiatras que relatavam a

gradual e progressiva desaparição dos quadros de possessão e das demais formas de sofrimento caracterizadas pelo discurso mágico-animista naquele continente. Para ser tratado pela medicina moderna, era preciso sofrer de acordo com ela. Para ser incluído nos dispositivos de assistência social, securitária e de saúde, é preciso estar de acordo com seus protocolos diagnósticos.

Descobrem-se cada vez menos síndromes especificamente culturais. Em 1878, quando G. M. Beard descreveu a "doença dos saltadores" do Maine, a arte diagnóstica talvez tenha chegado a seu mais alto grau de particularização. Caracterizada por uma espécie de exagero do reflexo de susto e pelo prolongamento de pulos e espasmos, a síndrome possuía sintomas eliciados por uma ordem direta e repentina. Afetava um grupo social muito específico: os lenhadores franco-canadenses de Moosehead Lake, no estado do Maine (Estados Unidos). Durante a crise, o saltador podia bater em um familiar, repetir frases desconhecidas ou manifestar comportamentos erráticos, como pular de maneira repetida e estereotipada. O fato de o "francês saltador" reagir de modo anormal e exagerado a ordens ou comandos, em especial àqueles feitos de maneira repentina e por estranhos, liga-se evidentemente às modificações da situação social desses trabalhadores no quadro de profissionalização e industrialização crescente de sua atividade, que trazia consigo novas formas de divisão e de organização do trabalho. O antigo sistema de autoridade patrilinear vertical, baseado na aquisição continuada da experiência na arte de cortar árvores, fora de súbito substituído pelas modernas formas de administração, impessoalizadas e racionalizadas, introduzidas pelas madeireiras. A resposta de obediência exagerada é compreensível como uma espécie de resistência ao sofrimento gerado pela alteração no modo de produção. Como se os lenhadores estivessem a dizer: "Aceito a nova ordem, mas apenas em meu comportamento, não em minha alma". E tais comportamentos, exteriorizados, encontraram, assim, a situação subjetiva necessária para se tornarem patologicamente autônomos.

A fundação do alienismo, forma primeira da psiquiatria moderna, é atribuída a Philippe Pinel. Ainda hoje, a alienação é uma noção incontornável para entender a lógica do mal-estar, em especial a partir de sua introdução, como conceito psicanalítico, por Jacques Lacan. Não se pode esquecer que para Pinel, assim como para Hegel, a alienação da razão era condição necessária e universal para sua retomada reflexiva e, portanto, para a experiência da liberdade. Pinel, por volta de 1793, observou e refletiu de maneira "médico-filosófica" sobre o aprisionamento dos pacientes do asilo de Bicêtre. Para ele, a alienação era causa e expressão universal da loucura, sendo suas espécies, como a melancolia e a mania, ou seus tipos, como o idiotismo e o cretinismo, derivados particulares dela. No limite, era a própria língua francesa que se mostrava pobre ou insuficiente para designar todos os graus de vesânia[16]. Muito de seu papel fundador pode ser atribuído a Jean-Baptiste Pussin, militar do exército de Napoleão, ex-detento, que revelou notáveis aptidões administrativas, capazes de torná-lo uma espécie de autoridade interna entre os loucos. A terapia moral, por meio da qual o alienista entrava no delírio do paciente ao modo de um teatro, que reconhecia um traço de verdade em sua ilusão, era, sobretudo, uma experiência de libertação. O trabalho de Pinel contém alguns elementos que serão retomados ao longo deste livro: o aprisionamento entre muros, o síndico como gestor, o reconhecimento do sofrimento e a experiência de determinação e de indeterminação que cerca o mal-estar. Hoje, sabe-se que o mito baseado na figura de Pinel libertando os loucos acorrentados referia-se a uma exigência narrativa por meio da qual todos, inclusive os insanos, poderiam tornar-se sujeitos de uma nova experiência de liberdade. Apesar de incorreta do ponto de vista histórico-factual, a relação entre liberdade e mal-estar que tal mito expressa contém um grão de verdade.

Em 1820, Victor Race, ajudante e serviçal particular de Puységur, cientista francês interessado nas propriedades do eletromagnetismo, participou de uma experiência envolvendo a transmissão do impulso magnético. Durante a execução do experimento, surgiu um efeito colateral inesperado: ele foi tomado pelo impulso de obedecer, como um sonâmbulo, a toda ordem que lhe dessem. Desde o movimento mesmerista, levado a julgamento pela Academia de Ciências de Paris em 1781, passando pelo uso clínico do hipnotismo por Charcot, por volta de 1880, e chegando ao uso terapêutico do hipnotismo por Freud e Breuer na década de 1890, uma mesma questão atravessa a razão diagnóstica: como explicar a propensão dos pacientes a obedecer aos médicos? Como entender e agir sobre os efeitos, primários ou secundários, desejáveis ou patológicos, causados pela nomeação do mal-estar, pela explicação das razões do sofrimento, pela ação direta de remoção ou transformação dos sintomas?

Um sintoma não pode ser separado de seus modos de expressão e de reconhecimento social nem dos mitos que constrangem a escolha de seus termos nem das teorias e dos romances dos quais ele retém a forma e o sentido. É por isso que Lacan entendia a neurose como mito individual, postulava a tragédia como paradigma ético e associava novos tipos de sintoma com a dissolução da forma romance, presente em James Joyce. Isso não impede que os sintomas possuam uma transversalidade histórica que mantém a pertinência de descrições como as que Hipócrates (300 a.C.) fez da melancolia ou que Kraeplin (1883) fez da paranoia. Se há homologia entre o sintoma e a obra de arte, é preciso considerar cada novo sofrimento como invenção e resposta às transformações no horizonte de uma época. Este livro não defende que os sintomas e suas modalidades de sofrimento sejam psíquicos, culturais ou socialmente causados, no sentido que isso se oporia a uma causa material, cerebral ou orgânica. Essa oposição não pode ser propriamente sancionada pela psicanálise, pois não se trata de dizer, apenas, que a essência das doenças mentais é biológica e que sua expressão patoplástica varia conforme as culturas e as épocas. Nem de afirmar o contrário, qual seja, que nossas formas de vida determinam e produzem socialmente nossos sintomas, que clinicamente permaneceriam iguais, em sua essência, ao longo do tempo. No fundo, não é nesses termos que colocamos o problema, isto é, nos termos de uma ontologia material única (cerebral, corporal ou orgânica) em oposição simples a um mentalismo (mental, ideal ou psíquico). Partilhamos, outrossim, de uma das variadas formas de monismo não reducionista, acrescida de um detalhe metodológico: a irredutibilidade radical de nossas formas de representar, descrever, nomear ou operacionalizar a coisa natural e a natureza ela mesma. Esse detalhe é o que Lacan chamou de Real.

Há, portanto, uma história e uma antropologia das formas de sofrimento. Quando Freud desenvolveu sua teoria do inconsciente, na virada do século XIX, privilegiou a histeria como entidade clínica unificadora. Na mesma época, havia outro paradigma, representado pela psicopatologia de Beard, cujo quadro de referência era a neurastenia, uma síndrome já então atribuída à aceleração da vida moderna, com seu nervosismo, sua irritabilidade e seu cansaço. Também nesse período a escola clínica francesa de Pierre Janet procurava as causas do sofrimento neurótico nas perturbações da função do Real e na fragilidade da consciência, definida como psicastênica. Talvez a diagnóstica psicanalítica tenha se imposto às demais matrizes clínicas e, com ela, o paradigma histérico do sofrimento, porque, enquanto a histeria reunia uma lógica ampla de conflitos e divisões que atravessava a linguagem, o desejo e o trabalho, a neurastenia parecia concernida ao universo do trabalho, ao passo que a psicastenia ficava restrita à debilitação da consciência. Das neuroses de caráter dos anos 1940 às personalidades narcísicas do pós-guerra, dos quadros *borderline* da década de

1980 às depressões, aos pânicos e às anorexias dos anos 2000, há uma variação das modalidades preferenciais de sofrimento.

Esse é um problema social e clínico para o qual a psicanálise de Lacan oferece um ponto de partida crítico em psicopatologia. As *doenças mentais* não são nem *doenças*, no sentido de um processo mórbido natural, que se infiltra no cérebro dos indivíduos, seguindo um curso inexorável e previsível, nem *mentais*, no sentido de uma deformação da personalidade. As doenças mentais, ou melhor, seus sintomas, realizam possibilidades universais do sujeito, que se tornam coercitivamente particulares ou privativamente necessárias. Em outras palavras, um sintoma é um fragmento de liberdade perdida, imposto a si ou aos outros. Por isso, há algo que concerne a todos, de maneira universal, em cada uma das formas particulares de sofrimento. Assim, a normalidade é apenas *normalopatia*, ou seja, excesso de adaptação ao mundo tal como ele se apresenta e, no fundo, um sintoma cuja tolerância ao sofrimento se mostra elevada.

Se um verdadeiro diagnóstico nos introduz na cadeia de fatos naturais, diante dos quais devemos reconhecer nossa heteronomia, como entender a extrapolação dessa heteronomia para relações de subserviência, obediência passiva e servidão voluntária? As síndromes hipnóticas, mesméricas, sugestivas e autossugestivas, tal qual a doença dos saltadores do Maine, nos deveriam advertir de que o universo das patologias não é composto apenas por átomos de sintomas, mas por patologias que são efeitos de outras patologias. Cada doença possui sua história e sua antropologia. E, muitas vezes, estas exprimem reificações, individualizações e naturalizações do sofrimento social retido em formas de vida que não podem mais ou ainda não podem ser reconhecidas.

Mas há cada vez menos síndromes particulares como as que acometeram os lenhadores do Maine. Parece ocorrer com as narrativas de queixa e com os discursos de sofrimento algo parecido com o que testemunham os viajantes de grandes cidades mundo afora, atentos apenas às novidades de consumo, ou seja, que elas estão ficando cada vez mais parecidas entre si, com os mesmos produtos, as mesmas marcas, as mesmas atrações turísticas, o mesmo tipo de paisagem urbana. Também os diagnósticos se trivializam em escala de massa e se distribuem por atacado, do popular ao erudito: depressão, estresse, baixa autoestima, ansiedade, falta de limite. As longas narrativas literárias, na forma da epopeia ou do romance, não nos ensinaram apenas como amar, mas também como sofrer. Já se disse que a psicanálise transforma rápido demais a tragédia em drama, o mito em discurso, a narrativa em enunciação. O encurtamento ou a condensação das formas de linguagem que a pós-modernidade reserva ao sofrimento parece ter redundado também em redução da extensão e em mutação na qualidade da queixa, sob a qual opera o diagnóstico. Temos agora novas patologias baseadas no déficit narrativo, na incapacidade de contar a história de um sofrimento, na redução do mal-estar à dor sensorial.

O que teria acontecido para que de instrumento notório de opressão, objetivação e individualização de contradições sociais *o diagnóstico* dos transtornos mentais tenha se tornado uma prática desejável e perfeitamente integrada a uma nova conformação da relação entre produção e consumo? Parece ter ocorrido uma espécie de mutação do valor social do diagnóstico, de tal maneira que ele agora acompanha a mesma gramática de valorização das marcas, processo central do Žižek[17] chamou de *capitalismo imaterial* e seu excesso de *vida desmaterializada*. Se antes o diagnóstico psicopatológico podia significar uma temível, às vezes irreversível, inclusão jurídico-hospitalar ou exclusão moral-educativa, agora ele parece ter se tornado um poderoso e disseminado meio de determinação e de reconhecimento, quando não de destituição da responsabilidade de um sujeito.

Instrumento útil para a articulação de demandas e direitos, em certas circunstâncias, ter um diagnóstico significa cruzar a tênue linha que pode nos separar do acesso à cidadania. Isso decorre do fato de que ter um sintoma é participar de uma exceção, e ser uma exceção nomeável responsabiliza e implica os dispositivos de subjetivação como o hospital, o direito, o Estado, a escola. Ser pobre, miserável, analfabeto, negro ou faminto não constitui um diagnóstico; afastam-se, nesse caso, os procedimentos de inclusão diferencial. Inversamente, certos sintomas podem se tornar apenas um modo de escamotear a opressão e a desigualdade quanto a raça, pobreza ou gênero[18].

Quando Walter Benjamin observou que os soldados que regressavam da Primeira Guerra Mundial não tinham história alguma para contar, em função da perda da articulação da própria experiência, ele não incluiu em sua consideração o desafio que isso representaria para os clínicos. Um bom clínico jamais interromperia o diagnóstico ali. Se o escopo do diagnóstico define as pretensões do tratamento e se um diagnóstico rigoroso apreende a totalidade de um quadro, há muito mais em jogo do que essa síndrome. Como em toda patologia psíquica, o centro causal é a perda de experiência, aquilo que Freud chamava de trauma, enfatizando as dificuldades de lembrar e subjetivar a experiência, e que Lacan chamava de Real, enfatizando seu caráter repetitivo e refratário a nomeação. Essa experiência impossível, que não cessa de se repetir – sem se inscrever perfeitamente –, que retorna de modo traumático, trágico e falho, representa a figura conceitual da gênese do mal-estar (*Unbehagen*).

Uma racionalidade diagnóstica que se contentasse com o que é redutível a modalidades regulares de sintomas tenderia a expandir esse conceito de tal modo que o reencontraria em toda forma de vida. Tal qual Simão Bacamarte, o alienista do conto de Machado de Assis[19], reencontraríamos aqui apenas as contradições formativas da experiência humana em sua universalidade. Inversamente, uma racionalidade diagnóstica que dissolvesse toda forma de mal-estar em narrativas sociais, que articulam demandas de reconhecimento particular, ao modo de sofrimentos de determinação e de indeterminação, seria incapaz de pensar a dimensão improdutiva, empobrecedora e profundamente singular dos sintomas. É nesse segundo cenário que teríamos, cada um de nós, nosso próprio asilo, no qual nos trancafiaríamos solitários, tal qual Simão Bacamarte em seu exílio autoimposto.

Não há diagnóstico sem uma concepção determinada do que vem a ser patológico, e vice-versa. Mas o patológico, como mostrou Canguilhem[20], não é a inversão simples da normalidade. Ele está mais próximo de uma regra de produção e de reconhecimento da variedade, da anomalia, da diferença e da excepcionalidade. O patológico pode ser, nessa medida, profundamente adaptativo e conforme. O patológico se apreende no tempo e pode constituir indicação preciosa de uma contradição posta em uma forma de vida pela qual ela ainda não pode ser reconhecida. A redução das modalidades de sofrimento a uma mesma gramática normativa e a uniformização dos sintomas à sua forma ocidental contemporânea são processos ideológicos relevantes, tanto porque funcionam como neutralização do potencial crítico que os sintomas psicológicos trazem para a compreensão de determinado estado social quanto pelo papel que os sintomas sempre tiveram, de produzir novas modalidades de laços sociais.

É por isso que a noção de patologia do social, que aqui será empregada, não é nem desvio nem aplicação da lei. Tentaremos mostrar como o patológico não deve ser pensado apenas pela relação do sujeito com a lei, tal como nosso totemismo de base propõe, mas também pela nossa posição diante da dissolução de nossas formas de unidade, tal como advoga certo animismo perspectivista. O patológico

não precisa ser pensado como fracasso de um universal falsamente formal nem como realização de um particular inautêntico. O conceito de patologia do social, para o qual este livro pretende contribuir, deve ser entendido com ênfase no genitivo aplicado à preposição "do". Ou seja, leia-se o genitivo subjetivo, no qual a patologia adjetiva toda configuração totalizante e reificante da noção de "social", tal como se percebe na primeira fase do conto de Machado de Assis. A paráfrase aqui seria: "Esta patologia chamada O social", em sentido análogo ao da afirmação lacaniana de que o Outro não existe. Mas também leia-se a expressão patologias do social acentuando o genitivo objetivo, pelo qual toda forma de "patológico" deve ser entendida *desde* o social, ou seja, como bloqueio, interrupção ou contradição não reconhecida nos laços sociais. Nesse caso, a paráfrase da expressão diria: "Esse social ainda não reconhecido, ou não mais reconhecido, que habita essa patologia", em suma, "esse indivíduo", tal como o ilustra o segundo movimento do conto "O alienista", no qual Simão Bacamarte se interna, como exceção última da loucura, libertando todos os outros habitantes da pequena Itaguaí. No fundo, estamos apenas recuperando as duas figuras básicas do conceito de alienação, ou seja, como incapacidade de reconhecer a alteridade no interior do sujeito (*Entfremdung*) e como exteriorização do que não pode ser reconhecido como próprio (*Entäusserung*).

Ressalte-se que em nenhum caso falamos de uma *sociedade patológica* no sentido da aplicação da ideia de doença ao funcionamento social, na acepção de que existiriam sociedades mais saudáveis que outras, e assim por diante. Também não estamos nos referindo à gênese social das estruturas patológicas, algo como uma sociogênese da neurose, da perversão ou da psicose. Esses são exemplos de racionalidades diagnósticas que pensam o próprio diagnóstico como uma função pura e exclusivamente médica ou psicanalítica e, desde aí, deslocada ou aplicada para a teoria social.

O patológico sempre se apreende por um método clínico, seja ele de aspiração crítica ou não. A experiência individual no sofrimento singular se expressa em falas únicas, de preferência em primeira pessoa. Por isso é importante jamais separar o sofrimento individual dos movimentos sociais que lhe deram origem. O sofrimento individual, aliás, é ele mesmo um efeito social bem delimitável por sentimentos que lhe seriam atinentes: piedade e culpa, vergonha e desamparo, indiferença e ressentimento. A oposição significativa não se dá entre patologias individuais e patologias sociais, mas, segundo a tese desenvolvida por Vladimir Safatle[21], haveria que se opor o sofrimento vivido por um indivíduo e o sofrimento de "ter que ser um indivíduo" e de sofrer exclusivamente dessa maneira. Há incidências completamente distintas do sofrimento individual quando se considera seu modo de inclusão ou sua refração diante dos ideais de uma comunidade. Contradições sociais não se ligam a sintomas particulares de modo fixo e biunívoco. A maneira como sintomas se articulam em termos sociais, sob forma de experiência informe, silenciosa ou desarticulada com o mal-estar, corresponde ao que Lacan chamou de *Real do sintoma*. Mas sintomas são também poderosos veículos de identificação, pois formam-se, em parte, por identificações negadas, abolidas ou aposentadas. É aqui que o sintoma organiza simbolicamente demandas com as mais diferentes articulações do imaginário.

É um erro supor, em acordo com aquele velho antropomorfismo sociológico, que "o social sofre". Um "grupo sofre", "uma comunidade sofre", "uma família sofre". O que queremos dizer com tais afirmações? Que há um sofrimento por identificação, um sofrimento sob transferência, um sofrimento contagioso, mas que, ao fim e ao cabo, é uma experiência tão individual quanto a dor? O ponto-chave aqui é o fato de o sofrimento ser uma experiência compartilhada e coletiva. Os atos de reconhecimento ou de desconhecimento transformam a experiência real do sofrimento. Esse é um fenômeno conhecido como transitivismo, o qual Lacan[22] associou ao segundo tempo do estádio do

espelho. Um exemplo de transitivismo se dá quando vemos uma criança pequena bater no amigo e, em seguida, correr para o adulto mais próximo dizendo que foi ela mesma quem apanhou. Não é uma mentira. Não é um embuste. Ela mesma sente, de verdade, que não foi agente do ato, mas quem sofreu seus efeitos. Argumentamos que o sofrimento possui uma estrutura transitivista, pois nele indetermina-se quem sofre e quem está reconhecendo o sofrimento daquele que sofre. E essa não é uma experiência ontologicamente indiferente.

Ao contrário do adoecimento orgânico, que segue seu curso inexorável e indiferente às nomeações, o sofrimento se altera conforme é nomeado. Seu tratamento, sua nomeação, torna-se uma determinação política, não apenas ética. É preciso escolher, portanto, de qual sofrimento tratar, tendo em vista que nem todos são igualmente visíveis. Essa escolha determina políticas públicas, mas também políticas privadas de formação de sintomas, nos sentidos psicanalítico e psiquiátrico do termo.

Em psicanálise, o diagnóstico não é uma nomeação dada pelo analista, referido em posição de autoridade, visando à naturalização do mal-estar ou ao reconhecimento de um tipo de sofrimento. A psicanálise é uma clínica, pois advoga a autonomia dos sintomas que lhe dizem respeito como método de tratamento. E há certos critérios pelos quais se pode definir determinada prática como uma clínica:

> 1. Uma semiologia, uma hermenêutica ou uma semiótica capaz de organizar e delimitar o reconhecimento regular dos signos do patológico, quer de forma diacrônica (diagnóstico evolutivo), quer de forma comparativa (diagnóstico diferencial) ou, ainda, de modo causal (diagnóstico etiológico).
> 2. Uma prática de tratamento ou de intervenção envolvendo procedimentos, decisões e regras de ação que, uma vez estabelecidos, serão transpostos para cada novo caso particular, daí a dimensão eminentemente pragmática e metodológica da atividade clínica.
> 3. Uma teoria das causas, dos motivos ou das razões que conferem ao diagnóstico sua dimensão etiológica.
> 4. O diagnóstico, ou seja, a prática de nomeação da relação regular entre grupos, famílias e espécies de signos, traços e sintomas, em sua copresença e em sua evolução ao longo do tempo, supostamente gerada por uma rede de causas e determinações comuns e eventualmente afetável por certos procedimentos ou certas intervenções terapêuticas. O diagnóstico jamais deveria separar-se de sua semiologia, de sua etiologia e de sua terapêutica.[23]

Uma grande novidade da psicanálise em relação à diagnóstica médica é que ela considera e inclui o diagnóstico pré-constituído, dado pelo próprio paciente. Algumas vezes todo o trabalho clínico passa pela desconstrução de um diagnóstico: educacional, familiar, trabalhista, médico, estético. Há também a perspectiva na qual o diagnóstico é marca ou significante que aparece a partir do Outro[24] ou, ainda, que ele vem a inscrever-se, no interior da experiência psicanalítica, como um nome dado ao mal-estar. Diríamos que para Lacan o diagnóstico é um caso particular da função nominativa da linguagem pela qual o sintoma se completa na relação de transferência. Portanto, fazemos diagnósticos e sofremos diagnósticos bem antes de nos encontramos com algumas de suas formas sistêmicas ou codificadas. Isso já aponta para uma espécie de função social do psicanalista

como aquele que deve acolher e reconhecer no sintoma algum saber, intolerável, desprezado ou negado pelas formas simbólicas das quais o sujeito participa.

A incidência do diagnóstico em psicanálise é distinta da que encontramos na medicina e nas ciências da saúde em geral. O psicanalista pode pensar e agir com hipóteses diagnósticas, pode tomar decisões e tecer estratégias, mas, antes de tudo, não deve inocular nem incutir no paciente seu vocabulário psicopatológico. Não deve alienar aquele que sofre com mais significantes que o petrifiquem em uma significação. O analisante levará seus próprios, basta esperar. Basta esperar que o diagnóstico se faça com as palavras do próprio analisante. Muitas vezes o nome do sintoma surge quando não é mais necessário, como o título ou a assinatura que se espera dar a uma pintura depois de concluída. Outras vezes a graça está em reconhecer a resistência ou o peso dos nomes impróprios ou impostos a determinada forma de mal-estar. Às vezes, diagnósticos são dados ao acaso, por aquele fortuito comentário familiar, na observação desavisada de um professor ou como resíduo de um amor inconcluído. Mas não é por seu caráter contingente que eles pesam menos, às vezes como um destino sobre a fronte de um condenado. Outras vezes são nomes indistintos e impronunciáveis, como mantilhas inadvertidamente carregadas por falsas viúvas.

Há vários tipos de diagnóstico em psicanálise: da transferência, do sintoma, da divisão do sujeito, da economia de gozo. Eles não se fazem de uma vez, no começo das sessões, mas ao longo do processo, concluindo-se apenas ao final, quando se tornam, de certa maneira, desnecessários. Como estratégia de pensamento e como organizador da ação clínica, o diagnóstico se renova a cada encontro. Contudo, ele não é uma prática reservada ao analista, posto que o analisante formula, elabora e desenvolve seus próprios diagnósticos. Ao contrário da medicina, para a qual são inúteis e até mesmo prejudiciais, em psicanálise o autodiagnóstico é uma função necessária do discurso que se pratica. Há um diagnóstico em cada um dos significantes--mestre[25] que o discurso do psicanalista ajuda a produzir. Eles não substituem nem aplainam as narrativas do sofrimento, mas reorganizam seus mitos individuais, seus romances familiares e suas teorias sexuais infantis. Eles não invalidam nem neutralizam o mal-estar, mas reconhecem sua extensão ontológica real e sua dimensão ética trágica.

Quando o mal-estar recebe um nome e quando articulo em narrativa uma forma de sofrimento, torno-me imediatamente parte de uma comunidade invisível, daqueles que já passaram por isso antes de mim e dos que irão passar por isso depois de mim, em acordo com a noção freudiana de "patologia das comunidades culturalizadas" (*Pathologie der kulturellen Gemeinschften*)[26]. Nelas, às vezes recebo uma nova identidade que me localiza entre amigos e inimigos; de quando em quando, sou incluído ou excluído na partilha entre o normal e o patológico. Frequentemente se diz que diagnósticos são rótulos, o que não é incompatível com uma época que se pensa como conjunto de consumidores. Também se argumenta que diagnósticos são como categorias e esquemas, úteis para definir práticas, consensos e condições de tratamento nos mais diversos processos e discursos, dos quais me tornarei um elemento. O problema é saber como certas formas de sofrimento, ou de sintoma, são capazes de subverter o falso universal que as tornou possíveis. Encontraremos aqui uma função crítica das patologias do social que testemunham o caráter ainda não concluído de nossas próprias formas de vida. Será que temos que pensar um caso clínico apenas como espécime particular incluído em um gênero? Será que a mera inclusão do caso a sua regra, ao modo de um juízo mecânico de classificação, não seria um sinal da falência do potencial crítico da racionalidade clínica de nossa época? Talvez

tenhamos aqui um capítulo adicional do que Vladimir Safatle[27] chamou de cinismo como falência da crítica.

O que chamo de razão diagnóstica procura definir, a cada momento, a fronteira, o litoral ou os muros que separam e unem mal-estar, sofrimento e sintoma. Essa geografia pode estabelecer, por exemplo, o que merece tratamento e atenção e o que deve ser objeto de repressão ou exclusão, o que é uma forma digna ou indigna de sofrer, o que é uma narrativa legítima ou ilegítima para articular uma demanda. É como função da razão diagnóstica que determinada forma de sofrimento é privilegiada em detrimento de outras – a obesidade em vez da pobreza, por exemplo.

Freud afirmava que a tarefa do tratamento psicanalítico é transformar o sofrimento neurótico em miséria ordinária. Distinções como essa mostram como o domínio ético da felicidade ou da infelicidade, da satisfação e da insatisfação, da angústia ou da covardia de existir, da dor ou do conforto são categorias que ultrapassam muito a dimensão puramente clínica do silêncio dos órgãos, da funcionalidade adaptativa e do retorno a um estado anterior de adaptação funcional, pelo qual se pleiteia alguma universalidade ao ideal regulador de saúde.

As articulações entre sintomas, formas de sofrimento e modalidades de mal-estar possuem uma história. Novos sintomas são descobertos, inventados ou sancionados. Certas inibições tornam-se normalopáticas. Aquilo que representava um déficit em um tempo pode se tornar funcional e adaptativo em outro; há formas de sofrimento que se tornam expectativas sociais a cumprir, outras que devem se tornar invisíveis e inaudíveis.

Mas não é apenas porque possuem historicidade que as formas de vida determinam patologias do social. Tanto Durkheim, Marx e Weber, por um lado, quanto as antropologias estrutural, funcionalista e culturalista, por outro, pensaram o sofrimento como um fato social. O suicídio, por exemplo, é um ato social impensável fora das relações sociais entre egoísmo, altruísmo e anomia[28]. Além de mostrar o caráter arbitrário, e de certo modo contingente, da fronteira entre o normal e o patológico, seria preciso pensar formas de intervenção e de leitura que reposicionassem a prática clínica como prática social crítica[29].

Um sintoma à brasileira

Levando em consideração essa dupla articulação, histórica e antropológica, pensamos em desenvolver uma reconstrução da experiência psicanalítica brasileira. Essa reconstrução envolve, sobretudo, a explicitação da covariância entre alguns acontecimentos que cercam a implantação da psicanálise no Brasil e certas formas de sintoma, de sofrimento e de mal-estar. Deter-me-ei particularmente no fenômeno da chegada e da disseminação do pensamento lacaniano no Brasil, a partir dos anos 1970. Minha hipótese é de que um determinado modo de vida ascendente desde então – aqui chamado *vida em forma de condomínio* – centraliza e caracteriza uma unidade contemporânea de inserção de nosso mal-estar no capitalismo *à brasileira*. Chamo de *lógica do condomínio* a transformação dos problemas relativos à saúde pública, mental e geral, em meros problemas de gestão. Assim, a lógica do condomínio replica de maneira atualizada o impasse entre a apreensão falsamente universal de um particular e uma apreensão falsamente particular de um universal, que se pode extrair do já referido conto de Machado de Assis, "O alienista". A lógica do condomínio surge, assim, como um capítulo e um sintoma da modernidade brasileira. É, portanto, um

exercício de método e uma conjectura que procuram explicar a penetração e a eficácia da implantação da psicanálise, notadamente de corte lacaniano, no Brasil.

Trata-se de levantar uma espécie de diagnóstico de época, semelhante ao que levou Hegel, ainda nos primórdios do século XVIII, a falar da apatia, do sentimento de esvaziamento de si e do tédio como decorrência do declínio da narrativa religiosa e da ascensão da narrativa literária como organizador social. Diagnóstico de época que Freud teria praticado da seguinte maneira:

> A verdade é que o diagnóstico local e as reações elétricas não levam a parte nenhuma no estudo da histeria, ao passo que uma descrição pormenorizada dos processos mentais, como as que estamos acostumados a encontrar nas obras dos *escritores imaginativos*, me permite, com o emprego de algumas *fórmulas psicológicas*, obter pelo menos alguma espécie de compreensão sobre o curso dessa afecção.[30]

Devemos incluir entre os *escritores imaginativos* os teóricos da modernidade brasileira? E quanto às referidas *fórmulas psicológicas*, como encontrá-las nas narrativas e nos discursos de nossa época? Diagnóstico é determinação, e existe em duas grandes famílias: o paradigma *da solução-problema*, derivado da matemática, e o paradigma da *avaliação-medida*, derivado das ciências administrativas[31].

Lembremos brevemente, e ainda à guisa de introdução, como a ideia de propor diagnósticos sobre o Brasil é antiga. Para a antropologia positivista de fins do século XIX, o Brasil só se tornaria viável se conseguisse estabelecer uma política de branqueamento de sua população[32]. A chegada da psicanálise ao país e sua disseminação entre os modernistas da Semana de 1922 devem muito ao entendimento de que ela possui uma teoria do simbolismo inconsciente de aspiração universalista e que, portanto, poderia servir como antídoto contra a hierarquização dos particulares raciais. Ao mesmo tempo, esse diagnóstico de época, profundamente ligado à consciência de si como vanguarda, subsidiou interpretações sobre o caráter híbrido, sincrético e antropofágico de nosso povo.

As teorias econômicas desenvolvimentistas dos anos 1950 defendiam que os custos do progresso no Brasil requeriam alinhamento do Estado ao processo produtivo e à consolidação de práticas e instituições liberais. Novo diagnóstico, nova incidência da psicanálise, com a chegada dos primeiros psicanalistas clínicos no pós-guerra. Surge aqui uma racionalidade diagnóstica baseada no desenvolvimento e na maturação.

Os anos de ditadura, com governos militares, fizeram-se acompanhar de uma expressiva expansão dos discursos e das práticas psicológicas no Brasil, eventualmente como política direta de Estado. Esse crescimento, no qual a psicanálise não exerceu papel menor, apoiava-se em novas modulações ideológicas da racionalidade diagnóstica. As teses são conhecidas: a família desestruturada daria origem à rebeldia adolescente; a carência cultural e a disfunção cerebral mínima explicariam o fracasso escolar[33]; o menor infrator surgiria como figura genética da violência urbana; o estresse apareceria como categoria-tampão diante de novas tecnologias nas relações de trabalho; as patologias institucionais, signo do caráter frustrâneo de nosso liberalismo, seriam racionalizadas (no sentido weberiano) pelo azeitamento psicológico das “relações humanas”. O patológico torna-se, então, sinal de desregulação sistêmica, violação de um pacto social, presença de um objeto intrusivo e fundamentalmente perda ou alienação da alma.

Podemos entender a reconfiguração da diagnóstica psicanalítica, marcada pela chegada do lacanismo nos anos 1970, como uma resposta e uma reação a essa metadiagnóstica baseada no

indivíduo subversivo, na família e no desenvolvimento. Isso nos ajudaria a entender o incipiente debate lacaniano brasileiro sobre a posição social da psicanálise levado a cabo pelo grupo conhecido como Sexto Lobo em 1991[34] , seguido por Octavio Souza em *Fantasia de Brasil*, de 1994[35]. Também na Sociedade de Psicanálise, ligada à International Psychoanalytical Association (IPA), ocorreu, em 1995, o lançamento do importante e controverso livro *Psicanálise brasileira* [36]. Algumas ramificações desse projeto podem ser encontradas nos trabalhos de Joel Birman, especialmente em *Mal-estar na atualidade* [37], e no grupo gaúcho que redigiu *Um inconsciente pós-colonial* [38].

Deve-se observar que nesse ínterim profundas conturbações institucionais atravessaram a psicanálise. Em 1998, o movimento lacaniano sofreu uma cisão interna de proporções mundiais, que redundou na separação, em grande escala, no interior do movimento milleriano, sentido como empreendimento neocolonizador. No Brasil e especialmente em São Paulo, o fato reorganizou o debate que opôs, de um lado, partidários da valorização de instâncias locais e do caráter "brasilianista" de sua produção e, de outro, os que apostavam na internacionalização, mas dessa vez com a "face humana" do movimento lacaniano.

Temos, então, um cenário de alta turbulência institucional na psicanálise do Brasil: a recepção crescente da crítica social, a renovação da leitura da obra de Lacan considerando-se seus últimos trabalhos, a competição entre diferentes programas clínicos, a questão dos novos sintomas. Tudo isso sem que se consiga saber exatamente qual é a relação entre a racionalidade diagnóstica e a expansão da psicanálise de Lacan pelas escolas, pelos hospitais e pelas universidades país afora. Temáticas críticas como a adoção de filhos por casais homossexuais, a situação da filiação no contexto das novas práticas de reprodução assistida, a separação entre homossexualidade e perversão, a incorporação das questões de gênero, o uso maciço de medicação, bem como a admissão de sintomas como a depressão e de quadros como os *borderline* são objeto de posicionamentos tímidos, quando não meramente protocolares.

Entende-se, assim, como a abertura política e o processo de redemocratização do país se fizeram acompanhar da expansão de novas práticas psicoterápicas e psicanalíticas, como as terapias corporais e de grupo, no caso da psicologia, e o lacanismo, no caso da psicanálise[39]. Nos diversos contrapontos, que incluem desde a sobreposição de críticas teóricas ao balanço de episódios de colaboracionismo[40] e a renovação de práticas formativas, ainda não se tem uma medida exata da importância dessas novas tendências, que rapidamente acompanharam a expansão do universo da pesquisa universitária brasileira nos anos 1990-2010. Ao mesmo tempo, o tema dos novos sintomas e das novas modalidades de mal-estar não deixou de frequentar assiduamente a pauta psicanalítica da época. Raros, no entanto, foram os esforços sistemáticos e metódicos para contemplar, ao mesmo tempo, uma renovação da psicopatologia psicanalítica e uma absorção ponderada da crítica social que se imiscuiu no raciocínio clínico do período. A recepção brasileira de autores como Theodor Adorno e Axel Honneth, Michel Foucault e Giorgio Agamben, Slavoj Žižek e Alain Badiou, Gilles Deleuze e Jacques Derrida, bem como da tradição sociológica crítica de Luc Boltanski e Alain Ehrenberg, ou da crítica anglo saxônica pós-colonial, feminista, de estudos culturais e também psicanalítica, como a da Escola de Manchester, ainda não se reverteu em transformações críticas e clínicas da racionalidade diagnóstica em psicanálise.

Chegamos, assim, à hipótese, que será avaliada de maneira mais sistemática ao final deste trabalho, de que uma crítica dos modos de implantação da psicanálise no Brasil pode inspirar a renovação de sua política diagnóstica, quiçá ponderando, contra o totemismo clássico, elementos do

perspectivismo animista brasileiro. Talvez o reconhecimento do lugar ocupado pela psicanálise na modernidade brasileira possa nos ajudar a entender algo sobre as estratégias de redução do mal-estar ao sofrimento e do sofrimento ao sintoma, ou ainda, inversamente, sobre as táticas que têm desligado, cada vez mais, o sofrimento como experiência social do sintoma como categoria clínica.

Trabalhando tanto com autores brasileiros da área da psicanálise quanto com aqueles que desdobraram novas consequências na tradição dialética e na antropologia estrutural, pensamos em introduzir algumas considerações de utilidade para a renovação da diagnóstica lacaniana.

Ao contrário do uso mais comum que se encontra nos estudos epistemológicos e sociológicos, que procuram aclarar as condições de exercício de uma prática, o objetivo aqui é mostrar como a investigação metadiagnóstica, além de contribuir para a crítica social, pode transformar e reorganizar a própria prática clínica. Boa clínica é crítica social feita por outros meios.

---

[1] Christian I. L. Dunker, *Estrutura e constituição da clínica psicanalítica: uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento* (São Paulo, Annablume, 2011).

[2] O Projeto de Lei do Senado (PLS) 7703/06 pedia a regulamentação do Ato Médico, ou seja, as atividades que só podem ser realizadas por médicos ou mediante a autorização deles. De acordo com o Projeto, vetado nesse quesito pela presidência da República, só o médico poderia diagnosticar doenças, determinar tratamentos, decidir sobre cirurgias e procedimentos invasivos.

[3] Christian I. L. Dunker e Fuad Kyrilos Neto, “A psicopatologia no limiar entre psicanálise e psiquiatria: estudo comparativo sobre o DSM”, *Vínculo*, São Paulo, v. 8, n. 2, dez. 2011.

[4] Maria Cecília Donnangelo e Luiz Pereira, *Saúde e sociedade* (São Paulo, Hucitec, 2011).

[5] Ian Parker et al., *Desconstructing Psychopathology* (Londres, Sage, 1999).

[6] Orlando Coser, *As metáforas farmacoquímicas com que vivemos* (Rio de Janeiro, Garamond-Faperj, 2011).

[7] Alain Ehrenberg, *O culto da performance* (Aparecida, Ideias e Letras, 1995).

[8] Sigmund Freud, “Análisis de la fobia de un niño de cinco años (caso del pequeño Hans)” (1909), em *Obras completas* (Buenos Aires, Amorrortu, 1988), p. 1-118.

[9] “[…] os combatentes tinham voltado mudos do campo de batalha. Não retornaram mais ricos em experiência comunicável, e sim mais pobres. Os livros de guerra que inundaram o mercado literário nos anos seguintes não continham experiências transmissíveis de boca em boca.” Walter Benjamin, “Experiência e pobreza” (1933), em *Obras escolhidas,* v. 1. *Magia e técnica, arte e política. Ensaios sobre literatura e história da cultura* (trad. Sérgio Paulo Rouanet, São Paulo, Brasiliense, 1996), p. 114-5.

[10] Rossano Cabral Lima, “Razão diagnóstica, medicalização e bioidentidade”, em Fuad Kyrillos Neto (org.), *Saúde mental e psicanálise: lógica diagnóstica e novos sintomas* (Barbacena, Eduemg, 2011).

[11] Apesar das inúmeras ilustrações que comprovam alterações cerebrais presentes em pacientes depressivos, esquizofrênicos, hiperativos ou assemelhados, ainda não se encontrou a conexão causal entre estados de configuração do cérebro e condições clínicas específicas. De modo inverso, não é possível partir da semiologia dos sintomas psíquicos e inferir alterações exatas e comparativamente mensuráveis do sistema nervoso. As alterações neurológicas nem sempre se ligam com seus respectivos sintomas previsíveis. Isso talvez ocorra porque existe uma indeterminação relativa quanto à maneira como cada aparelho nervoso resolve e integra as diferentes funções. Ademais, alterações comportamentais, atitudinais e de mudanças nas formas de vida, particularmente as de natureza linguística, modificam conformações cerebrais, tornando difícil estabelecer uma etiologia fixa entre perturbações orgânicas e sintomas clínicos.

[12] Considera-se o texto de Archie Cochrane, *Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services*, publicado em 1972, um marco fundador da medicina baseada em *evidências*. Embora seus conceitos e suas práticas tenham se disseminado na medicina brasileira a partir dos anos 1980, é a fundação do primeiro centro Cochrane no Brasil, em 1996, por Álvaro Nagib Atallah (Unifesp), que acusa sua ampla aceitação em nossa cultura de saúde.

[13] Maurício de Lima, Bernardo Soares e Josué Bacaltchuk, “Psiquiatria baseada em evidências”, *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 22, n. 3, 2000, p. 142-6.

[14] Um exemplo notável desse processo é o curso de aperfeiçoamento do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP. Fundado por Mathilde Neder na década de 1990, esse centro pioneiro e formador extensivo de psicólogos que trabalham em hospitais no Brasil constitui uma referência de orientação psicanalítica na área.

[15] American Psychiatric Association, "Plano para a formulação cultural e glossário de síndromes ligadas à cultura", em *DSM-IV: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (4. ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1995), p. 793-8.

[16] Philippe Pinel, *Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental, ou a mania* (1800) (Porto Alegre, UFRGS, 2007), p. 181.

[17] Slavoj Žižek, *A visão em paralaxe* (São Paulo, Boitempo, 2008).

[18] Andrea M. de Menezes e René Marc da Costa Silva, "Os impactos da discriminação, violência e pobreza na saúde mental das mulheres", em René Marc da Costa Silva (org.), *Raça e gênero na saúde mental do Distrito Federal* (Curitiba, CRV, 2011).

[19] Machado de Assis, "O alienista" (1882), em *Papéis avulsos* (Rio de Janeiro, Fundação Biblioteca Nacional, 2010).

[20] Georges Canguilhem, *O normal e o patológico* (1966) (Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1990).

[21] Vladimir Safatle, *Grande Hotel Abismo: por uma reconstrução da teoria do reconhecimento* (São Paulo, WMF Martins Fontes, 2012).

[22] Jacques Lacan, "O estádio do espelho como formador da função do eu [*Je*] tal como nos revela a experiência psicanalítica" (1938), em *Escritos* (Rio de Janeiro, Zahar, 1998).

[23] Christian I. L. Dunker, "O nascimento da clínica", em *Estrutura e constituição da clínica psicanalítica: uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento*, cit., p. 389-477.

[24] É um traço distintivo da composição do sintoma neurótico que ele apareça ao sujeito como uma espécie de enigma construído com palavras e sinais legados por sua própria história. Em função do trabalho do recalcamento (forma simbólica de negação), o sujeito se vê impedido de reconhecer em seus sintomas os elementos de linguagem representantes representativos (*Vorstellungrepräzentanz*) de seu desejo. Lacan considerava que um sintoma é uma "palavra amordaçada" (cuja verdade foi retida), uma "resposta ao Outro" (que o sujeito não reconhece como tal) ou, ainda, uma metáfora composta por significantes (imagem acústica da palavra) representativos do desejo (que se aliena no sintoma).

[25] O *significante-mestre* é o elemento do discurso responsável pelo fechamento da significação. Como tal, ele possui uma dimensão assemântica, pois, para modular a significação, determinando seu ritmo, sua função e sua extensão, ele mesmo deve ser destituído de remissão a outro significante ou de sua função de predicação. O significante-mestre é o ponto de corte ou de suspensão do deslocamento do saber. Crianças pequenas passam por um período popularmente chamado de "fase dos porquês", no interior do qual fazem perguntas intermináveis aos adultos sobre as razões de determinado estado de coisas. Quando os pais ou os adultos suspendem o movimento explicativo e respondem apelando para sua própria autoridade (em si mesma injustificável), dizendo "porque sim!" ou "porque eu estou mandando!", estão apelando e, na verdade, introduzindo à criança a função do significante-mestre.

[26] Sigmund Freud, "Das Unbehagen in der Kultur" (1930), em *Sigmund Freud Studienausgabe* (Frankfurt, S. Fischer, 1989), p. 269.

[27] Vladimir Safatle, *Cinismo e falência da crítica* (São Paulo, Boitempo, 2008).

[28] Émile Durkheim, *O suicídio: estudo de sociologia* (1887) (São Paulo, WMF Martins Fontes, 2000).

[29] Sigmund Freud, *El malestar en la cultura* (1929), em *Obras completas*, v. XXI (1927-1931) (Buenos Aires, Amorrortu, 1988).

[30] Sigmund Freud, "Las psiconeurosis de defensa" (1893-1895), em *Obras completas*, v. III (Buenos Aires, Amorrortu, 1988), p.172.

[31] Jean-Claude Milner e Jacques-Alain Miller, *Você quer mesmo ser avaliado?* (São Paulo, Manole, 2006).

[32] Lilia Moritz Schwarcz, *O espetáculo das raças: cientistas, instituições e a questão racial no Brasil, 1870-1930* (1993) (São Paulo, Companhia das Letras, 1995).

[33] Maria Helena Souza Patto, *A produção do fracasso escolar* (São Paulo, T. A. Queiroz, 1990).

[34] Luiz T. Aragão, Contardo Calligaris, Jurandir Freire Costa e Octavio Souza, *Clínica do social* (São Paulo, Escuta, 1991).

[35] Octavio Souza, *Fantasia de Brasil: as identificações na busca da identidade nacional* (São Paulo, Escuta, 1994).

[36] Contardo Calligaris, *Hello Brasil* (São Paulo, Escuta, 1992).

[37] Joel Birman, *Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação* (Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1999).

[38] Association Freudienne Internationale e Maison de l'Amerique Latine, *Um inconsciente pós-colonial – se é que ele existe* (Porto Alegre, Artes e Ofícios, 2000).

[39] Jane Russo, *O corpo contra a palavra* (Rio de Janeiro, Editora da UFRJ, 1993).

[40] Daniel Kupermann, *Transferências cruzadas: uma história da psicanálise e suas instituições* (Rio de Janeiro, Renavan, 1989).

3
MAL-ESTAR, SOFRIMENTO E SINTOMA

O sofrimento quer ser um sintoma,
este quer enunciar a verdade.
Lacan

Marx, inventor do sintoma?

Façamos um exercício de recuperação da frase tantas vezes tomada como uma espécie de síntese da modernidade: "Tudo que é sólido desmancha no ar". Trata-se de uma afirmação de Marx em *Manifesto Comunista*, de 1848, extraída do seguinte trecho:

> Tudo o que era sólido e estável se desmancha [*verdampft*] no ar, tudo o que era sagrado é profanado, e os homens são obrigados finalmente [*gezwungen*] a encarar sem ilusões a sua posição social [*Lebenstellung*] e as suas relações com os outros homens [*gegenseitigen Beziehungen*].[1]

O primeiro fato a notar é que se trata de uma afirmação relativamente dissonante em relação ao contexto que a precede. Ou seja, Marx está descrevendo os malefícios de uma forma de vida na qual o sábio, o jurista e o médico perderam a aura; as relações familiares foram substituídas por relações monetaristas; a dignidade foi substituída pela liberdade de comércio; a exploração tornou-se aberta, cínica e brutal. Ou seja, o tom é crítico e pessimista, mas a conclusão do argumento é realista: "as pessoas devem encarar sua posição social com serenidade". O tom inspira aceitação. É preciso reconhecer o caráter *recíproco*, ou seja, não isolado e egológico das relações sociais. De forma nenhuma se poderia supor que Marx está defendendo um retorno aos tempos sagrados, no qual os

"verdadeiros" valores eram praticados, mas também não quer dizer que ele advogue a profanação. Afinal, a profanação era exatamente o que estava em curso com a ascensão de uma nova classe social.

O que Marx faz é o que se pode chamar de um diagnóstico de época, o que é demonstrado pela passagem que precede a afirmação de que tudo que era sólido se desmancha no ar, a saber:

> Essa revolução contínua da produção, esse abalo constante de todo sistema social, essa agitação permanente e essa falta de segurança distinguem a época burguesa de todas as precedentes.

Retenhamos, então, os quatro traços desse diagnóstico: revolução contínua da produção, perda da noção de totalidade social, agitação permanente e falta de segurança. Reconhecemos aqui os motes fundamentais de todo discurso conservador, com a típica oposição de dêiticos temporais: continuidade e perda, permanência e transitoriedade. Essa oposição entre o antes e o agora pode ser lida em chave dialética como uma dupla negação, mas também encerra um truque retórico: de onde fala quem afirma tal coisa? Da posição suspensa e anacrônica de quem viveu o antes ou da posição onipresente de juiz de uma história sem futuro? Portanto, Marx é o inventor dessa praga que poderíamos chamar de "discurso sobre a crise", e que ainda organiza nosso discurso para falar de nossa época.

É preciso reinventar-se a cada dia na vida no trabalho, estar em permanente revolução dos processos produtivos. É isso que nos leva a avaliar que uma vida é boa se ela é essencialmente produtiva, agitada, dinâmica, ocupada. É isso que nos leva a sentir, de novo com esse adjetivo, "permanente", que a vida social só existe em forma de abalos, tragédias, eventos. É isso ainda que produz a certeza diagnóstica de que nosso afeto político fundamental é o desamparo, a insegurança, a angústia.

Portanto, só podemos dar razão a Lacan quando ele afirma que foi Marx, e não Freud, quem inventou o sintoma:

> [...] é importante observar que historicamente não reside aí a novidade de Freud, a noção de sintoma, como várias vezes marquei, e como é muito fácil observar na leitura daquele que por esta noção é responsável, [...] [é de] Marx.[2]

Resta saber o que se deve entender por sintoma segundo essa tese: a divisão social entre burgueses e proletários? A alienação social do desejo de produzir mais? A perda da experiência da totalidade social? Ou se trataria do retorno da perda da experiência, da alienação da consciência?

Nesse ponto, é preciso introduzir um adendo à tese lacaniana. Se Marx inventou o sintoma, Hegel inventou o diagnóstico. O que Marx descobriu, retomando o diagnóstico de época hegeliano, é a homologia entre sintoma, mal-estar e sofrimento. Homologia entre a divisão social do trabalho e a divisão do sujeito. Homologia entre a alienação ideológica da consciência e a alienação do desejo na loucura. Homologia entre a perda da experiência de totalidade e a perda de gozo, também conhecida como castração. Homologia entre a forma individualizada do fetiche da mercadoria e a forma inconsciente de produção dos sintomas. Ou seja, são quatro homologias fundamentais que estão na

raiz da modernidade e que constituem nossos processos de subjetivação. Por homologia deve-se entender que conceitos como *divisão*, *alienação*, *trabalho-forma* e *objeto* operam em regimes diferenciados de discurso, com causa semelhante do ponto de vista de sua eficácia teórico-descritiva. Não é preciso juntar nem separar os dois campos para advogar uma homologia entre eles. Não é porque Darwin definiu a homologia como "o reconhecimento de um plano fundamental nos animais e nas plantas, atribuído à descendência com modificação", que toda homologia presuma afinidade de origem. A afinidade, nesse caso, é de causa e lugar, não de origem nem de tempo.

Mas passemos ao capítulo mais recente da história dos intérpretes do mal-estar, série na qual podemos incluir Marshall Berman e Zygmunt Bauman como bons exemplos, mas também Lasch, Sennett, Debord e, mais atualmente, Alain Ehrenberg, Ian Hacking e Ian Parker. Lembremos que, em seu trabalho de 1982[3], Berman tentava estabelecer uma separação, no interior dos intérpretes do mal-estar, entre os que ainda acreditavam na modernidade como diagnóstico e os que pareciam caminhar para uma nova forma mutante de adoecimento social, que viria a se chamar pós-modernidade. No interior dessa conversa, as ambiguações entre modernismo como racionalidade estética, modernidade como forma de vida e modernização como projeto político fizeram naufragar os mais corajosos esforços terminológicos. Trinta anos depois, que são também trinta anos da morte de Lacan, a querela arrefeceu sensivelmente com uma serena divisão de funções e áreas de influência entre teóricos sociais e críticos da cultura. No entanto, apenas neste início do século XXI, e ainda de forma indecidida, a questão chega a seu âmago clínico. Há uma nítida inflação da noção de sintoma – de tanto significar coisas distintas e variadas, essa noção perdeu sua potência clínica e crítica.

Sofrimento não é sintoma, e sintoma não é mal-estar. Há sintomas que parecem absolutamente imunes ao sofrimento, ou melhor, que produzem sofrimento real apenas aos que nos cercam. Mas aqui é preciso localizar uma forma específica de patologia do reconhecimento, que se caracteriza pela indiferença ao sofrimento que causamos aos demais. Por outro lado, há formas de sofrimento que parecem continuamente à espreita de um nome que enfim as capturará. São como litorais de anomia e indeterminação entre o mal-estar do gozo e o saber-verdade do sintoma, pois "a equivalência do sintoma com o valor de verdade é o que há de essencial no pensamento marxista"[4].

Algo semelhante se passa com o significante "líquido", propagado por Zygmunt Bauman como uma espécie de metadiagnóstico da pós-modernidade. Ele se aplica a quase tudo o que importa para nossa forma de vida: modernidade líquida (2000), amor líquido (2003), vida líquida (2005), arte líquida (2007). Bauman é um sociólogo compreensivista interessado no tema da ética e usa categorias psicanalíticas para interpretar a modernidade em relação à discriminação e à ambivalência. A ideia é boa, e penso que ele acerta inicialmente o alvo. A modernidade pode ser descrita como movimento alternado de expectativas de determinação, racionalização e impessoalização seguidas por um contramovimento de anomia, de indeterminação e de ambiguidade. Penso que é difícil fugir desses dois metadiagnósticos da modernidade. É preciso seguir Bauman até os líquidos, mas depois disso tente não se afogar. Fuja dos líquidos, porque eles representam uma descrição autoevidente de nossa atual forma de vida. O que escapa a Bauman nessa alegoria, o livro que ele não escreveu, chama-se justamente *diagnóstico líquido*.

Nossos diagnósticos tipo DSM são aqueles que interessam à razão securitária, à economia social do risco, aqueles que implicam a função do Estado, aqueles que segregam as crianças que não aprendem. Tais diagnósticos estão ficando cada vez mais sólidos. E é uma solidez que não se desmancha no ar, que produz um tipo de convicção, de práticas de consumo, de autorização de

modulação química de experiências subjetivas jamais vista. Não só psiquiatras e gestores de saúde, mas toda sorte de pessoas e formas de vida está sujeita a essa abrupta inversão foraclusiva. Tudo bem, tudo líquido até que você toque nas questões normativas da interpretação da modernidade. Tudo bem, tudo líquido, tudo desconstrutivo, tudo nietzschiano até que você toque em questões administrativas da escola. Então, o que aparece é a violência sólida dos diagnósticos concentracionários. Chamo *diagnósticos concentracionários* essa forma de diagnóstico que esqueceu sua própria condição hermenêutica, que esqueceu sua própria história, que se constrange a seguir normas de uma redução administrativa da experiência de mal-estar ao sofrimento e do sofrimento ao sintoma.

Que teriam que ver nossas formas de sofrer com a verdadeira causa de sintomas? Não estaríamos confundindo nossas interpretações, motivadas por ilações e hipóteses contingentes, datadas por um saber de época, com uma verdadeira teoria das causas? Assim como os medievais interpretavam que a peste decorria de determinada corrupção moral do povo ou do lugar onde ela se desencadeava, não estaríamos confundindo causas e motivos? Contudo, essa sobreposição entre sentido e causalidade, entre verdade e real, é o que caracteriza o sintoma e o campo de atuação clínico da psicanálise para Lacan.

> Seus meios [os da psicanálise] são os da fala, na medida em que ela confere um sentido às funções do indivíduo; seu campo é o discurso concreto, como campo da realidade transindividual do sujeito; suas operações são as da história, no que ela constitui a emergência da verdade no real.[5]

E a verdade do sintoma, segundo nossa hipótese, é seu mal-estar. O sintoma é essa emergência da verdade no real, esse ponto de exceção, isso a que Nuno Ramos chamou de "camada de poeira que recobre as coisas"[6] e que impede que toquemos o real direta e imediatamente.

"Tudo que é sólido desmancha no ar." Notemos que há uma pequena variação entre a formulação de Marx e sua apropriação pelos intérpretes do mal-estar. Para o autor de *18 de brumário*, tudo o que *era* sólido, ou seja, a forma de vida inspirada pela dignidade, pela honra e pela exploração velada por ilusões religiosas e políticas, torna-se exploração aberta, brutal e cínica. Mas isso não autoriza dizer que se trata de voltar para os tempos nos quais as relações eram sólidas, porque aqueles eram tempos de uma exploração ainda pior, tanto na forma quanto nos fins. O deslocamento de tudo o que *era* falsamente sólido para tudo o que é sólido captura a essência do sintoma social de nossa época. A passagem do estado sólido para o gasoso é conhecida em física como sublimação. Também foi esse o nome que Freud escolheu para o processo de suspensão da finalidade sexual da libido, mas sem recalcamento. Ocorre que havia um estado da matéria que a revolução dos tempos pulava e que se manifestava como sintoma em suas diferentes expressões: divisão do sujeito, alienação do desejo, mais-de-gozar e angústia. Esse estado era o estado líquido.

É o estado líquido que melhor se presta a designar essa substância que não é sem forma, mas capaz de assumir qualquer forma. O trabalho de análise das patologias sociais pode ser comparado com a atividade de separação química dessas fases da matéria. É preciso reconhecer a natureza gasosa do mal-estar, seu caráter refratário a toda nomeação, sua dimensão indiscernível. Contudo, a fase intermediária, a fase na qual o sintoma se integra em uma narrativa social, a fase na qual o sintoma se

inclui ou se exclui dos discursos, a fase líquida, requer uma teoria psicanalítica do sofrimento que ainda não foi suficientemente formulada.

Quero crer que o sucesso da noção de liquidez – e a ambiguação financeira do termo é incontornável – reside na integração narrativa do sofrimento que Bauman consegue extrair dela. Seus trabalhos usam a liquidez para descrever a gramática do sofrimento e, com isso, dar nome ao mal-estar de nossa época. Sua estratégia, nesse sentido, é complementar à de Lasch, que tomou um sintoma psicanalítico, a personalidade narcísica, para descrever um tipo de sofrimento característico da sociedade americana do pós-guerra. Mas quero chamar a atenção para uma terceira estratégia metodológica, que provém da teoria crítica alemã, mas que também podemos encontrar no pós-lacanismo de Žižek e no trabalho crítico de Frederick Jameson. Trata-se de inferir a gênese social de sintomas da gramática do mal-estar e de, consequentemente, entender o sofrimento como patologia do reconhecimento.

É claro que essa estratégia aparece no Adorno de *A personalidade autoritária* e vai até Honneth. Mas, para isso, retornemos ao mal-estar como categoria fundamental da modernidade. Foi Axel Honneth[7] quem chamou a atenção para a falsa unidade existente no pensamento sobre a modernidade que associa Hobbes e Rousseau ao mesmo problema das razões da insociabilidade, confundindo dessa maneira filosofia crítica da história com antropologia das diferenças. As duas origens da patologia social, respectivamente a luta por distinção, movida pelo amor-próprio, e os benefícios morais da guerra, respondem a perguntas diferentes. Em termos freudianos, seria equívoco semelhante afirmar que fuga do desprazer e procura da satisfação são respostas a um mesmo problema. As patologias sociais, herdeiras do diagnóstico de época, praticado por Hegel em *Filosofia do direito*, surgem no espaço entre o progresso histórico concreto e as aspirações éticas de universalidade.

É compreensível que a psicanálise tenha se retirado do terreno definicional da noção de sofrimento (*Leiden*), porque ele implica entrar no território normativo ou político das patologias do reconhecimento, o que é historicamente lateral na história da psicopatologia psicanalítica.

Para Hegel, as patologias do social devem ser entendidas como resultado da inabilidade da sociedade de expressar de modo apropriado o potencial racional de suas instituições e de suas rotinas de vida. A patologia do social se mostra primeiro como sofrimento, depois como sintoma. O sofrimento, por sua vez, mostra-se sempre ou como sentimento de perda de poder (impossibilidade de fazer reconhecer o próprio desejo) ou como expectativa irrealizada de liberdade (impossibilidade de reconhecer o próprio desejo).

Portanto, o sofrimento não constitui uma resistência social por si; ele só se torna um fator político quando se conecta com a experiência de perda de identidade, dando, assim, ensejo a práticas de reconstituição ou suspensão da lei. Para Honneth, Freud teria contribuído decisivamente para esse entendimento ao mostrar que a relação a si é um processo de apropriação de desejo pela admissão da angústia que lhe é correlata. A grande novidade aqui é que o sofrimento de indeterminação não é pensado apenas como fraqueza, bloqueio ou impotência do progresso da razão, em sua força determinativa e autodeterminadora.

Os nomes do mal-estar

Em *Estrutura e constituição da clínica psicanalítica*[8], comento a tradução de *Unbehagen* por "mal-estar", enfatizando duas ressonâncias presentes na palavra: a negação (*Un*) tanto do adjetivo *behagen* (agradável) quanto do substantivo que lhe dá origem *Hag* (clareira). *Unbehagen in der Kultur* deveria ser entendido como *mal-estar na civilização*, desde que em *mal-estar* pudéssemos ler a impossibilidade de *estar*, a negação do *estar*, e não apenas a negação do *bem-estar*. Assim, sugeri que o *mal-estar* é essa ausência de lugar ou essa suspensão da possibilidade de uma escansão no ser, a impossibilidade de "uma clareira" no caminhar pela floresta da vida. Vários leitores levantaram considerações bastante razoáveis acerca dessa tradução interpretativa do termo alemão que, em meu entender, sintetiza o que Freud entende por *pathos* e deveria ser pensado, senão como um conceito, como uma noção psicanalítica. Aqui está o trecho completo:

> Se o psicoterapêutico configura seu objeto em torno da noção de *sofrimento* e o tratamento clínico em termos de *patologias*, que termo estaria reservado para a dimensão da cura? Freud valeu-se de uma expressão muito feliz para designar este tipo de sofrimento que não se pode nomear perfeitamente e cuja natureza é indissociável da relação com o outro, trata-se do *mal-estar* (*Unbehagen*). Se a noção de sofrimento sugere passividade e a noção de patologia exprime certa atividade sobre a passividade (conforme o radical grego *pathos*), a ideia de mal-estar nos remete à noção de lugar ou de posição. *Estar*, de onde deriva o cognato *estância*, não implica agir nem sofrer uma ação, simplesmente estar. Talvez a palavra *Unbehagen* derive do radical *Hag*, bosque ou mata, ou seja, um lugar propício para praticar a arte de estar. Além disso, a noção de cura associa-se com a de mal-estar na medida em que esta remete a noções como angústia, desespero ou desamparo[9]. Encontramos aqui a longa reflexão filosófica sobre esses conceitos. Dos filósofos helênicos que meditaram sobre o desamparo[10] às intuições de Kierkegaard sobre o desespero[11] e até a incursão de Heidegger sobre a cura (*Sorge*) como angústia no ser-para-morte[12], há um insistente reconhecimento desta dimensão do mal-estar como inerente às relações entre existência e verdade. Pode-se dizer que, para essa tradição, a própria filosofia deve ser encarada como uma prática de cura.[13]

A noção de mal-estar abarca o conceito de angústia – ainda que não se limite a este –, ou de influência a distância e sofrimento compartilhado. Desde Goethe, *Unbehagen* convoca uma dimensão moral. Daí a dificuldade dos tradutores para definir o sentido de agradabilidade envolvido em *behagen*. A tradução para o inglês, amplamente discutida por Freud e James Strachey, sugeria *discomfort* (desconforto). O próprio título originalmente pensado por Freud, presente no primeiro manuscrito de 1929, era *Unglück in der Kultur*, ou seja, *infelicidade (ou infortúnio) na cultura*. No contexto da tradução para o inglês, Freud sugere *Man's Discomfort in Civilization*, que Joan Riviére corrige para "Civilization and its Discontents"[14]. Contudo, a forma final do texto em alemão aparece como *Unbehagen in der Kultur*. Talvez o problema de tradução tenha levado Freud a modificar o título, mas quero levantar a hipótese de que essa querela de tradução decorre da natureza do conceito. Como se mal-estar remetesse a algo que não pode ser propriamente designado; daí sua resistência à tradução.

Tanto o adjetivo *behagen* quanto o verbo *behagen* – agradar, convir –, e ainda o substantivo homófono *Behagen* – agrado, prazer, satisfação, deleite –, remetem a algum tipo de prazer. Disso

provém o cognato *behaglich* (*angenehm*: agradável, deleitoso; *bequem*: confortável, aconchegado, cômodo; *behagliches Gefühl*: sensação de bem-estar; *behagliches Leben*: vida sem preocupações, vida sossegada, pacata)[15]. Advogo que há uma inadequação de base em remeter *Unbehagen* a uma série definida por sensações corporais individualizadas como desagrado, desconforto, náusea (*Übelkeit*), embaraço ou dor (*Weh*). *Unbehagen* também não pode ser incluído com perfeição na série de termos que definem uma posição diante do destino ou um estado particular da alma: infortúnio, infelicidade ou descontentamento.

As acepções de *Behagen* no uso folclórico e popular remetem ao sentido mais transcendental e teológico de *deleite*, aparentado ao *sublime* kantiano e à *beatitude* ou à experiência de felicidade, contentamento e pacificação. Ocorre que a negação da beatitude nos leva ao laico, mundano ou ordinário, assim como a negação da felicidade nos leva à série moral da infelicidade, atormentamento ou infortúnio, como, por exemplo, na expressão freudiana da "miséria neurótica". No entanto, nenhuma dessas duas séries, nem a soma de ambas, capta o sentido de inescapabilidade e de densidade existencial condensado na ideia freudiana de *Unbegahen*.

O termo francês pelo qual se traduziu *Unbehagen* sintetiza com precisão a nuance entre o moral e o metafísico, entre o estético e o angustiante, congregando três séries semânticas diferentes. A expressão *malaise*, surgida no século XII, indica um embaraço difuso ligado ao sofrimento, mas que não se consegue nomear com precisão. "A revolução se desencadeou porque as classes inferiores sofriam de uma terrível *malaise* (Jaurés)."[16]

A *malaise* é um sentimento associado ao sofrimento (*suffrance*), mas capaz de conter certa flutuação de sentidos que vai dos problemas de natureza fisiológica, como a doença, a indisposição, o incômodo e o embaraço, até a série metafórica que inclui a miséria moral, a aflição coletiva, a vulnerabilidade e o desamparo (*Hilflosichkeit*) gerados pelo sentimento de que não podemos nos defender. A terceira acepção de *malaise* compreende os estados psicológicos de sofrimento como a angústia, a inquietude, a tristeza e o estar mal (*mal être*)[17], mas lhes acrescenta uma dimensão de indeterminação. Característica da *malaise* é sua conotação de pressentimento, presságio ou anúncio de mau destino. Assim como na expressão brasileira "isso está cheirando mal", a série dos estados morais de aflição se alinha com a noção de miséria moral ou psicológica em inglês (*miserable*), em uma alusão aos sentidos corporais e à percepção difusa do mundo.

Percebe-se, assim, que traduzir *Unbehagen*, quer pela série dos estados corporais (desconforto), quer pela série das vicissitudes do destino (infortúnio), ou ainda pelas variedades morais do sofrimento (descontentamento), nos leva a uma parcialidade que impõe demasiadas perdas semânticas ao conceito. Se quiséssemos condensar essas três séries na ideia de mal-estar, seria preciso enriquecê-la por um comentário para que não se tornasse mero sucedâneo de "mal-estar estomacal", de "mal-estar entre amigos" ou, ainda, de "estar de mal com a vida".

O problema do tipo de satisfação-conforto-alegria envolvido no *bem-estar*, que nos autorizaria a deduzir suas propriedades antônimas para o *mal-estar*, se complica de modo insolúvel se não nos atemos ao fato de que o objeto abordado por Freud no texto não se refere às vicissitudes do prazer corporal ou da vocação individual ou coletiva para a felicidade. No texto freudiano, o que está em causa, de maneira evidente e direta, é o conceito de *mundo* (*Welt*). Por exemplo, o "sentimento oceânico", noção proposta por Romain Rolland[18] e criticada por Freud logo no começo do ensaio, é um *sentimento de mundo*, não apenas um sentimento de si, uma presença do outro ou mera emoção diante da tarefa da vida.

> Se entendi bem meu amigo, ele quer dizer a mesma coisa que um original e muito excêntrico literato brinda como consolo a seu herói frente à morte livremente escolhida: “Deste mundo não podemos cair” [*Ausser diser Welt können wir nicht fallen*]. Ou seja, um sentimento de ligação indissolúvel, de copertencimento [*Zusammengehörichkeit*] com o todo do mundo exterior [*Ausserwelt*].[19]

Ora, essa ideia de que estamos juntos (*zusammen*), de que pertencemos a um lugar (*Gehörichkeit*) e de que esse lugar comporta exterioridade (*Ausser*) remete, em conjunto, à noção de mundo (*Welt*) como totalidade. O problema para traduzir *Unbehagen* é, portanto, encontrar uma palavra que responda tanto à série do desprazer-insatisfação quanto à série do infortúnio-infelicidade, de tal forma que contenha a experiência de mundo como espaço, lugar ou posição. O *mal-estar* não é apenas uma sensação desagradável ou um destino circunstancial, mas o sentimento existencial de perda de lugar, a experiência real de estar fora de lugar.

É por essa alusão ao espaço que a noção de mal-estar aparece pela primeira vez, em 1895, no artigo “Sobre os critérios para destacar da neurastenia uma síndrome particular intitulada neurose de angústia”:

> Refiro-me, neste caso, a uma variedade de vertigem, um estado de *mal-estar* [*Unbehagen*] específico, acompanhado das sensações de que o solo oscila, as pernas faltam, é impossível ficar de pé, as pernas ficam pesadas como chumbo e tremem, os joelhos dobram. Essa vertigem nunca culmina em queda. Em contrapartida, afirmarei que um acesso de vertigem desse tipo pode também ser substituído por um desmaio profundo.[20]

Vê-se, assim, que Freud qualifica esse *mal-estar específico* como um sintoma, um sintoma intimamente ligado à experiência do mundo como vertigem ou desmaio. Isso nos permite renomear as duas séries semânticas que estamos extraindo das traduções de *Unbehagen*: de um lado, há o mal-estar corporal como *sintoma* e, de outro, o mal-estar moral como experiência coletiva ou individual de *sofrimento*. Contudo, toda a força e a originalidade da noção de *mal-estar* residem no fato de que ela engloba tanto o sofrimento quanto o sintoma, mas não se reduz a nenhum dos dois.

Reconsideremos agora o problema da tradução, voltando ao termo de início proposto por Freud em inglês: *discomfort*. *Desconforto* evoca a experiência de estar no espaço, de estar contido, abrigado e protegido e, ainda assim, perceber que há algo faltando. Essa percepção é o peso existencial, a ideia de *mundo*. Mesmo a cabana mais confortável e aquecida no meio da floresta pertence ao mundo em sua vastidão insondável. Com *O mal-estar na civilização* aprendemos que o “abrigo” – seja ele a neurose, a narcose, o retirar-se do mundo como o anacoreta, o estetizar a vida, o trabalhar para conquistar a natureza ou qualquer outra solução na busca de uma vida confortável – é precário, instável e contingente. O mal-estar é inescapável e incurável; sua figura fundamental é a angústia; seu correlato maior, o sentimento de culpa inconsciente.

Por isso concordo com a germanista e psicanalista Elisabeth Brose quando ela enfatiza a aproximação entre *Hag* e *Gehege*, ou seja, área fechada por cerca, como em um recinto, parque ou zoológico onde animais são mantidos. Ou seja, a negação indeterminada de *Hag* pode sugerir

gradiente que vai do aconchego, do estar *agradavelmente* envolvido por algo, como em um jardim (cercado por sebes) ou uma clareira (cercada pela mata fechada), à asfixia do estar *desagradavelmente* aprisionado. Em *Hag* temos o mesmo tipo de inversão que Freud problematizou na análise do oximoro contido na expressão *Unheimlich* (estranho e familiar), pois os sentidos do termo nos permitem pensar tanto em algo fechado (como uma mata fechada) quanto em algo que, ao ser cercado, define uma abertura em seu interior (como uma clareira).

Tendo em vista toda essa reflexão sobre o radical *Hag*, podemos ler o verbo *behagen* em uma etimologia retórica que nos remete a "envolvido por mato" ou "contornado por um bosque", implicando, indeterminadamente, "abertura interior" e "fechamento exterior". Ambas as acepções combinar-se-iam ao modo de uma garrafa de Klein, na qual exterioridade e interioridade se comunicam.

Foi pensando nessa suspensão indeterminada entre o interior e o exterior, que a garrafa de Klein atesta como possibilidade teórica, que recorri ao uso que Heidegger faz da experiência do andar na floresta e do encontro do ser, em uma estrutura de clareira, ou seja, um lugar cercado, envolvido, mas onde há luz (*Lichtung*) e onde podemos fazer a experiência de *estar*. O autor de *Ser e tempo* nomeia a *possibilidade da clareira* (*Moglichkeit des Behagen*): "Uma clareira na floresta é o que é não em virtude do claro e do luminoso que nela podem brilhar durante o dia. A clareira também subsiste na noite. A clareira diz: 'Neste lugar, a floresta é transitável'."

Devo dizer que essa aproximação me foi sugerida também pelos estudos do antropólogo Eduardo Viveiros de Castro sobre os povos ameríndios brasileiros do Alto Xingu[21], cuja experiência crucial de subjetivação revela-se na estrutura do *encontro na mata*. Encontro no qual não se sabe mais quem é o Outro, mas também – e, sobretudo – em que a própria identidade é questionada até o limite do des-ser. Encontraríamos aqui uma ressonância entre a noção lacaniana de des-ser e a ideia freudiana de mal-estar.

Além disso, ao propor a tradução de *mal-estar* (*Unbehagen*) por *impossibilidade de clareira*, pensava nas conversas que tive com o artista plástico Sergio Fingermann[22] sobre o sentido da arte, nas quais ele apresentava a ideia de que a arte corresponde a uma espécie de "acostamento" na vida, uma suspensão, um hiato a partir do qual a estrada pode ser questionada quanto a seu valor cognitivo, ético e estético. *Unbehagen* torna-se, assim, também a impossibilidade e a possibilidade da arte.

Nesse ponto, há algo inovador que se introduz desde o português como uma contribuição que poderia enriquecer o conceito freudiano. O alemão, assim como o inglês, só possui um verbo para designar o verbo *ser*, ou seja, o *sein*. Porém, quando traduzimos o verbo *sein* (ou o verbo *to be*) para o português, encontramos tanto o *ser* quanto o *estar*. O psicanalista Ricardo Goldenberg me lembra que "*Wo Es war sol Ich werden*", pode ser traduzido tanto por "Onde isso *era*, o eu deve advir" quanto por "Onde isso *estava*, o eu deve vir a *estar*".

No verbo *estar*, podemos verificar a transitoriedade necessária para exprimir corretamente o pertencimento dos homens ao mundo: eles *estão no mundo*. É certo que os "humanos *somos no mundo*", mas há algo de peculiar na noção de *estar*, algo que nos habilita, por exemplo, a perguntar "como vai você?" no sentido de "como você está?". Há um abismo entre responder "estou bem" ou "estou mal". Aparentemente a negação do mal-estar (estar mal) é equivalente ao bem-estar (estar bem); contudo, essa negação presume que o "estar" permaneça como positividade. O que se perde nessa oposição simples é que uma das formas mais agudas e persistentes do mal-estar é justamente o "não estar", o

sentimento constante de "ir e vir", a desconexão com o pertencer (*Gehörichkeit*) na qual se dá o fechamento e abertura contido no radical *Hag*.

O *mal-estar* (*Unbehagen*) remete à ausência desse pertencimento, dessa suspensão no espaço, dessa queda (*fall*) impossível fora do mundo. Ele é a impossibilidade dessa clareira na qual se poderia estar. Ora, o *mal-estar* está tanto em uma vida feita de cercamentos determinados (construções culturais, leis, formas sociais e condomínios) quanto na experiência do aberto indeterminado, como no deserto (nossa errância desencontrada, familiar-estrangeira, esquizoide).

Há muitos trabalhos que elaboram a noção de mal-estar, na política[23], na crítica da cultura[24], na teoria social da clínica[25] ou na educação[26], sem, contudo, preocupar-se em defini-la. Ela não consta de nenhum dos vocabulários nem dos dicionários de psicanálise. Sua força intuitiva é tão grande que não nos damos conta de que o conceito mesmo nos falta. Sob sua rubrica encontramos geralmente os tópicos e os problemas enumerados por Freud em seu trabalho de 1930[27].

Lembremos por um instante que o texto começa pelo problema da felicidade e do sofrimento, tendo em vista duas condições: o mundo e o destino. A primeira seção bem poderia ser renomeada, em completo acordo com Carlos Drummond de Andrade, como *sentimento do mundo*. É nesse plano que se coloca o sentimento de bem-estar (*ein Gefühlt von lauem Behagen*) e a lei do contraste que comanda nosso sentimento de satisfação.

Na segunda parte do texto, Freud apresenta as nove técnicas ou táticas de defesa contra o sofrimento (*Leidabwehr*), que podem, cada uma delas, subdividir-se em duas, caso se inclua em uma estratégia para procura do prazer ou em uma estratégia para fuga do desprazer:

1. *evitação* das situações de desprazer por meio da construção de uma vida tranquila e protegida;
2. *conquista da natureza*, no escopo da qual se reforçam os laços de comunidade;
3. *intoxicação* anestésica ou excitativa capaz de criar uma barreira "corporal" contra o desprazer e facilitar a satisfação por meio de um refúgio em um mundo próprio;
4. substituição das metas pulsionais por tarefas socialmente reconhecidas, também chamada de *sublimação*;
5. o consolo proporcionado pelas *ilusões*, nas quais se destaca o papel das religiões e dos discursos e das práticas que rebaixam o valor da vida;
6. retraimento ou *introversão da libido* a si mesmo, seja por meio da ascese do eu, seja por meio do delírio;
7. o principal método concorrente do tratamento psicanalítico, ou seja, a *experiência do amor*, entendida como circulação de sua gramática própria de reconhecimento, com a inversão simples entre amar e ser amado (no que o amor comporta-se como as outras pulsões em geral); a inversão do conteúdo da pulsão entre amar e odiar e, finalmente, a inversão real entre amor e indiferença;
8. *estetização da existência*, ou seja, o encontro do prazer no gozo do belo, inibindo a meta sexual da pulsão, favorecendo, mas não necessariamente induzindo, a sublimação.

A essas oito, Freud acrescenta a nona e derradeira técnica para felicidade: "Como última técnica de vida, que promete ao menos satisfações substitutivas, se oferece o refúgio na *neurose*, refúgio que, na maioria dos casos, se consuma já na juventude"[28].

Talvez o número de técnicas para mitigar o sofrimento e alcançar a felicidade deva ser aumentado para dez, se levarmos em conta que, dois anos antes de *O mal-estar na civilização*, em seu

trabalho *O humor*, Freud parece ter antecipado a noção de sofrimento, bem como a noção de "métodos para reduzir o sofrimento", estabelecendo o humor como a melhor arma para ludibriar o supereu.

> Com sua defesa diante da possibilidade de sofrer (*Leidenmöglichkeiten*), [o humor] ocupa um lugar dentro da grande série daqueles métodos que a vida anímica dos seres humanos desenvolveu a fim de subtrair-se à compulsão de padecimento (*Zwang des Leidens*), uma série que se inicia na neurose e culmina no delírio e na qual se incluem a embriaguez, o abandono de si, o êxtase.[29]
> […]
> O humorista discerne a nulidade dos interesses e dos sofrimentos que lhe parecem grandes e ri disso. Assim ele ganha sua superioridade, pondo-se no papel do adulto e deprimindo os outros para a condição de crianças. Ele trata a si mesmo como criança e, simultaneamente, desempenha diante dessa criança o papel de adulto superior, debitando o acento psíquico de seu eu e o transladando a seu supereu.[30]

Ainda não se deu a devida importância ao fato observado por Nelson da Silva Jr. de que a introdução da pulsão de morte em 1920 e seu desmembramento social, nove anos mais tarde, em *O mal-estar na civilização*, representam uma verdadeira mudança de paradigma etiológico em Freud[31]. Não se trata mais de pensar apenas a formação de sintomas pelo recalcamento e o retorno da angústia como seu fracasso, mas de pensar uma dinâmica maior de fusões e desfusões das pulsões, no interior das quais séries inteiras de sintomas, repetições e sofrimentos são articuladas com processos culturais. Daí o esforço sintético de Freud em introduzir uma teoria que contemple os sintomas, mas também outras formas de sofrimento, sob a égide da noção de mal-estar.

> O sofrimento nos ameaça a partir de três fontes: do próprio corpo, que está destinado à ruína e à dissolução e não pode prescindir de dor e de angústia como sinais de alarme; do mundo exterior (*Ausser Welt*), que pode abater suas fúrias sobre nós com forças hiperpotentes, impiedosas e destruidoras; por fim, dos vínculos com outros seres humanos.[32]

A terceira parte de *O mal-estar na civilização* é dedicada à conhecida tese de que a cultura se edifica sobre a renúncia pulsional, o que explica tanto nossa hostilidade genérica contra ela quanto nossa demanda bífida para com ela – proteção contra a natureza e demanda de regras de regulação recíprocas entre os homens[33]. No primeiro caso, entende-se por cultura (*Kultur*) determinada articulação de saber, como a ciência, a técnica ou a religião. Na segunda acepção, cultura remete à economia de trocas sociais entre aspirações úteis e inúteis, culminando no problema insolúvel da transferência (*Einzelnen*) do "poder do indivíduo para a comunidade"[34]. Aqui Freud recapitula a teoria política, tendo em vista a oposição entre segurança e liberdade, tal como advoga o contratualismo de Hobbes, bem como a origem de nossas aspirações de perfectibilidade, cuja

referência é naturalmente Rousseau. Nos dois sentidos, a cultura forma nosso caráter, como letras impressas em nosso espírito.

Seguindo o roteiro clássico da teoria social, na quarta seção do texto de Freud encontramos a reflexão antropológica sobre a família em dupla chave: a formação da gramática do amar e ser-amado e a interiorização das regras de interdição das metas sexuais, ou seja, a cultura como civilização (*Zivilization*). Somos lembrados de que "o totemismo traz a proibição da escolha incestuosa de objeto, o que talvez constitua a mutilação mais marcante da vida amorosa"[35]. Desta feita, a cultura é entendida como uma espécie de substituição reparadora de nossa limitação inicial e também como tentativa de reconstituir uma experiência amorosa pelas vias de uma nova família, esta, sim, centrada na satisfação sexual do indivíduo. Temos aqui um terceiro tipo de troca: não apenas a procura da satisfação pela fuga do desprazer nem o contrato social da liberdade pela segurança, mas agora o amor perdido pelo amor reencontrado.

A quinta seção contrabalança esse imperativo múltiplo de trocas simbólicas retomando a resistência do pulsional do indivíduo contra a cultura. Sua inércia libidinal e sua indisposição à renúncia são agora sobrepostas à tendência de Eros a converter o múltiplo em um. Está armado o confronto contra o mandamento cristão de "amar o próximo como a si mesmo" e sua redução, por Freud, a um *credo quia absurdum*. Encontramos, assim, a clássica entrada da teologia como ponto de fechamento metafísico da política e a convocação da psicologia como teoria capaz de explicar nossa natureza contra-civilizacional. O contraste de discursos coloca, dessa vez, de um lado, a psicologia da agressividade e, do outro, a cultura como educação. O homem é o lobo do homem, ele não é um ser manso e amável. A conhecida discussão sobre as origens da agressividade e da violência, quiçá em suas raízes psicológicas, é coligada aos argumentos clássicos do liberalismo esclarecido: a extinção da propriedade privada não eliminará a ganância, o narcisismo das pequenas diferenças continuará a grassar entre comunidades vizinhas, e mesmo o férreo universalismo, digno do apóstolo Paulo, não fará mais que aumentar a intolerância para com os que consideramos inumanos em meio à miséria psicológica da massa[36].

Assim, não é um exagero que Freud abra a sexta seção de *O mal-estar na civilização* chamando de triviais os temas até então apresentados. Porém, para os psicanalistas, triviais são também as recapitulações que encontramos nessa seção sobre as oposições da libido entre conservação e sexualidade, entre reprimido e repressor, entre objeto e eu, entre sadismo e masoquismo, até chegar à última das figuras do retorno.

> Este programa da cultura se opõe [*wiedersetz*] à pulsão agressiva [*Agressiontrieb*] e natural dos seres humanos, a hostilidade de um contra todos e de todos contra um. Essa pulsão de agressão é o retorno e o principal representante da pulsão de morte que descobrimos junto a Eros e que compartilha com ele o governo do Universo [*Weltherrschaft*].[37]

Apenas na sétima seção teremos uma primeira tese sobre a natureza do mal-estar, na medida em que este pode ser discernido da infelicidade, do sofrimento, da insatisfação e do desprazer. O mal-estar, em sentido específico, que se poderia pleitear pela extensão de seu tema título ao conteúdo original, pode ser descrito, metapsicologicamente, da seguinte maneira: a agressão é introjetada, por seu reenvio ao ponto de partida, no próprio eu. Forma-se, assim, o supereu como consciência moral,

capaz de exercer sobre si a mesma severidade agressiva que o eu exerceria contra os outros: "chamaremos 'consciência de culpa' a tensão entre o supereu que se tornou severo e o eu que lhe está submetido. E ele se exterioriza como necessidade de castigo"[38]. Surge aqui uma economia intrincada entre a ameaça, que é ela mesma um sentimento, e a angústia social de perda do amor e da proteção, que seria outro polo do sentimento de culpa. Esse arco ou gradiente que vai de um polo a outro explica, de certa maneira, a confusão fenomenológica ou a burrice superegoica que confunde pensamentos, atos e palavras, que não consegue interromper a série que vai da observação ao julgamento e deste à punição. Voltamos, assim, ao problema inicial, o mal-estar como experiência linguística de fracasso de nomeação.

Ao que parece, essa ambiguidade fundadora pode nos ajudar a entender também os fenômenos secundários nessa tensão entre supereu sádico e eu masoquista, tais como o aumento da exigência de severidade da consciência moral correlativo ao incremento de virtude do eu, a angústia diante da autoridade, o infinito ruim da renúncia como sacrifício ao supereu. É preciso reter que essa série de fenômenos apoia-se na indeterminação entre consciência de culpa (*Schuld Bewustsein*) e sentimento de culpa (*Schuldfühlung*). "Ali onde estava a angústia, lá deve advir a consciência moral [...] ou, pior, o sentimento de culpa", tal poderia ser o enunciado fundamental da máxima superegoica. É no interior dessa série contínua que ocorrem as inversões entre meios e fins, entre atos e intenções, entre obediência e insurreição, entre agressividade contra o mundo e agressividade contra si. Cumpre notar ainda que ao designar essa operação de retorno invertido, Freud insiste que se trata de um retorno de um laço real. Um retorno que acrescenta algo nesse processo, um grama a mais de severidade ou um grama a mais de culpa.

Até aqui, em seu conjunto, o mal-estar depende do fato de que a angústia se mostra em uma variedade de nexos com a consciência, estando presente em todos os sintomas, ora mostrando-se diretamente na consciência, ora escondendo-se. É certo que a formação da angústia diante do supereu (*Angst vor dem Über-Ich*) é tardia, é herdeira do complexo de Édipo para o homem e da infinitização do complexo de castração na mulher. O mais frequente é que ela apareça como uma possibilidade de angústia (*Angstmöglichkeiten*). Descontentamento e insatisfação difusa são formas do mal-estar, e o que parece constante é sua ligação com certa indeterminação expressiva ou causal. Fica claro, então, o movimento pelo qual o mal-estar apresenta-se em variedades indiscerníveis de angústia e em que ele vem à luz (*Vorschein*) substituído por outras motivações. Eis aqui a justificativa textual para a tese de que o mal-estar envolve um esforço de nomeação e de que frequentemente essa nomeação liga-se a uma espécie de procura por motivos. É o caso daqueles que delinquem por sentimento de culpa, ou seja, não é que alguém transgrida e depois se sinta culpado por isso, é que a culpa, sem motivo recognoscível pelo sujeito, busca ou produz um ato por meio do qual possa ser indexada em um motivo.

Há apenas duas incidências nominais da expressão *mal-estar* (*Unbehagen*) no texto de 1930 que a exibe em seu título, ambas no segundo parágrafo da oitava seção. Freud afirma que apesar de o "sentimento de culpa ser o problema mais importante do desenvolvimento cultural", o nexo entre culpa e consciência (*Bewusstsein*) ainda não foi esclarecido. Persiste, no entanto, uma indeterminação linguística entre *consciência* de culpa (*Schuldbewusstsein*) e *sentimento* de culpa (*Schuldgefühlt*), sendo este último uma "variação tópica da angústia".

> Mas não há que superestimar os vínculos com a forma da neurose: também na neurose obsessiva há tipos de doentes que não percebem [*wahrnehmen*] seu sentimento de culpa ou somente o sentem como um mal-estar [*Unbehagen*] torturante, uma forma de angústia que os impede de executar certas ações.[39]

Ou seja, o mal-estar não é a própria angústia, mas liga-se a um déficit de percepção da angústia que possui efeitos de inibição e se qualifica como torturante. O tormento, a angústia que se repete, que se remói, a angústia cuja causa, razão ou motivo não se discerne muito bem, pode ser então predicado como mal-estar. Registremos que a noção de mal-estar é apresentada como uma dificuldade de nomeação – é quando não se percebe a culpa que a experimentamos como mal-estar.

A segunda incidência do termo *mal-estar* está impregnada de densidade clínica. Freud afirma que a angústia diante do supereu se encontra por trás de *todos* os sintomas, mas nem sempre é percebida, o que nos levaria a falar em uma angústia inconsciente ou de uma sensação de "possibilidade de angústia" (*Angstmöglichkeiten*).

> Em função do que foi dito, é muito possível que tão pouco a consciência de culpa [*Schuldbewusstsein*] produzida pela cultura seja discernível como tal, que permaneça em grande parte inconsciente ou venha à luz como um mal-estar [*Unbehagen*], um descontentamento [*Unzufriedenheit*] para o qual se buscam outras motivações.[40]

Nesse trecho, Freud retoma *Totem e tabu* para afirmar que a culpa primordial está, ao mesmo tempo, no início da cultura. Dissolve-se, assim, o enigma da extensão terminológica e conceitual entre supereu, consciência moral, sentimento de culpa, necessidade de castigo e arrependimento. Todas essas figuras remetem a aspectos diferentes da mesma constelação de aspirações e demandas do supereu.

O texto se encerra com a análise de duas contradições. A primeira remete ao paradoxo de que o sentimento de culpa, que devia ser consequência do arrependimento por uma agressão praticada, torna-se causa de uma agressão intencionada. Ora, entre essas duas posições localiza-se a formação do supereu, que, onisciente, pode emparceirar atos e intenções, julgando-os semelhantes, inflacionando, assim, a ambivalência. A segunda contradição diz respeito à origem econômica da agressividade: ela ocorre por internalização da autoridade externa ou pela inibição da agressividade contra essa autoridade? Freud substitui esse problema pela tese de que "quando uma aspiração pulsional sucumbe ao recalcamento, seus componentes libidinosos são transpostos em sintomas e seus componentes agressivos, em sentimento de culpa"[41].

Essa asserção deixa claro que a racionalidade diagnóstica freudiana distinguia decisivamente o *mal-estar*, aqui feito sinônimo do sentimento de culpa, do *sintoma*, no sentido clínico do termo, sendo que este é mais claramente discernível "no comportamento dentro da comunidade cultural do que no indivíduo"[42]. Ora, o sentimento de culpa não deve ser apreendido em uma redução à gramática que opõe egoísmo e altruísmo, indivíduo e comunidade ou, ainda, interesses da história ontogenética e filogenética, mas pela oposição entre Eros e Tânatos. Reencontra-se aqui o terreno da finitude e do destino que abrira o ensaio, mas agora articulado por um último discurso que atravessa o conceito de

cultura e que sintetiza suas aspirações, suas demandas e seus ideais do supereu: a ética. "Devemos conceber a ética como um ensaio terapêutico [*Terapeutische Versucht*], como um esforço de alcançar, por mandamento do supereu, o que o restante do trabalho cultural não conseguiu."[43]

Por isso temos como ambição terapêutica rebaixar as exigências do supereu. Se incitamos o amor ao próximo como a si mesmo, o que obtemos é simplesmente um rebaixamento do valor do amor, o reforço de ilusões e a superestimação (*Überschatzung*) de ideais, que acaba por rebaixar o valor da vida. Portanto, devemos entender a ética mais como um ensaio terapêutico "que aspira a mudanças reais nas relações dos seres humanos com a propriedade"[44], sem que essas mudanças estejam turvadas pelo equívoco idealista ou por mandamentos morais. É nesse momento que se interpõe a questão diagnóstica de *O mal-estar na civilização*: "Não seria justificado diagnosticar [*Diagnose*] que muitas culturas – ou épocas culturais – e assim, possivelmente, a humanidade toda se tornaram neuróticas sob o influxo das aspirações culturais?"[45].

A par das improváveis decorrências terapêuticas, o diagnóstico das "neuroses de comunidade" dissolve o contraste entre enfermidade e normalidade. Na massa, ainda não é possível fazer essa distinção, mesmo que se possa especular que um dia haverá uma diagnóstica das "patologias das comunidades culturais" (*Pathologie der kulturellen Gemeinschaften*). Contudo, tais considerações são condicionadas pela separação anterior entre sintomas, derivados das vicissitudes da libido, e o sentimento de culpa, derivado do mal-estar.

Vimos, então, que a noção de mal-estar é exposta e analisada em um cruzamento acumulativo de discursos que estão condensados na acepção freudiana de *Kultur*: a filosofia, a religião e a moral, a ciência, a técnica, a antropologia, a história, a civilização, a educação, a sociologia e a política. Seu sucedâneo último no texto é a ética. Junto com essa flutuação de discursos, há o problema terminológico em torno da culpa e da angústia e as ilações metapsicológicas sobre as pulsões de morte e de vida. Ora, a problemática discursiva e o plano semântico, que se revezam na arquitetura expositiva do texto, deixam espaço para um elemento que integra tanto a cultura quanto o conceito, que é exatamente a escrita, como função de linguagem que permite e condiciona todas as discussões sobre a cultura. É, curiosamente, essa dimensão que aparece em uma das inúmeras incidências da lógica de substituições que comanda a retórica argumentativa do texto.

> Com ajuda do telefone, podemos escutar a distâncias que até mesmo os contos de fada reputariam inalcançáveis; a *escrita* foi, em sua origem, a *voz* de uma pessoa ausente, e um substituto do útero materno, essa primeira morada, sempre chorada, na qual estávamos seguros e nos sentíamos tão bem.[46]

Ora, se a cultura é essa série de substituições, o supereu será a síntese subjetiva dessa "faculdade de substituir", a partir da qual os antepassados e a lei que estes representam são apropriados pelo sujeito. O supereu une e articula a autoridade com o poder, o processo civilizatório com o processo de cultura, nossa obediência na esfera dos laços amorosos de família e nossa obediência na esfera moral-jurídica. Essa síntese localiza o sujeito em dada genealogia, à qual ele pertencerá, segundo um sistema simbólico de nomeação. A terceira incidência substitutiva do supereu será sua potência de prescrição de ideais e de comparação do eu com tais ideais. Podemos falar, portanto, em três tipos de substituição que o supereu procede e efetua: 1. a substituição do Pai Real, como figura mítica do pai

da horda primitiva, fonte e origem da lei, uma vez morto e incorporado pelos filhos; 2. a substituição simbólica do sistema de desejos, inibições, recalcamentos e identificações que marca a trajetória edipiana na constituição de um sujeito; e 3. a substituição imaginária da voz da lei, encarnada na fantasia do sujeito e em seu sistema narcísico de comparações com ideais.

Observemos agora que o elemento comum ao mito do nascimento da lei, ao sistema de parentesco e à economia das imagens remete a uma espécie de equação de equivalência entre letra, nome e voz. E ao conjunto desses três operadores podemos chamar de escrita. A escrita é esta modalidade de linguagem que funciona como ponto de cruzamento entre técnica e trocas sociais, entre suporte material da cultura e preservação de seus ideais, entre ciência e religião. A voz da pessoa ausente é a voz da cultura, cujo suporte material tem estrutura de escrita. O nome, no sentido da função dos nomes próprios, é uma função que liga a fala e a língua com a escrita.

Pensemos em como Champolion decifrou os hieróglifos egípcios partindo do fato de que na pedra Rosetta os nomes Cleópatra e Ptolomeu não eram traduzidos de uma língua à outra, mas transliterados de um sistema de escrita a outro (demótico e grego antigo). Para identificar tais nomes próprios, os egípcios os circundavam por um cartucho, cuja função era indicar a forma especial como os caracteres subsequentes deveriam ser lidos. O nome próprio preserva, assim, uma potência de identidade que o significante não possui. Quando pensamos nos dêiticos que convocam e designam o sujeito da enunciação no enunciado, notamos que cada incidência de um pronome como “eu” indica uma diferença local e específica formada entre o significante representante e o outro significante da cadeia, portanto, cada enunciado “eu” remete a uma enunciação diferente. Contudo, todas as incidências do pronome “eu” remetem a um único nome próprio, que é, por assim dizer, seu designador rígido.

É possível pensar, a partir disso, que a escrita e os nomes próprios desdobrem-se na função de delimitar e escrever no mundo (*Welt*) as divisões de propriedade e pertencimento, de exterioridade e interioridade. As comunidades, dotadas ou não de sistemas formais de escrita, como os alfabetos, definem sua geografia e seus territórios, reais, simbólicos e imaginários, em função dos nomes de quem eles extraem suas prerrogativas de posse, uso e propriedade. É assim que podemos entender a função classificatória do totem, descrita por Lévi-Strauss[47]. Foi esse também o ponto que deu origem à confusão e à sobreposição, corretamente criticada por Foucault[48], entre o sistema de aliança (e distribuição de espaço e bens simbólicos) e os sistemas de regulação da filiação (que distribuem e organizam o parentesco).

Observemos agora que das nove táticas freudianas para fugir ao desprazer ou procurar a satisfação, no quadro de sua *política da felicidade*, cinco podem ser imediatamente referidas à imagem alegórica do *Hag* como abertura-fechamento no espaço: a construção de uma vida protegida, ou seja, sob forma de clausura, o abrigamento pelo qual a conquista da natureza se efetiva, o encerramento em si mesmo da intoxicação anestésica, o fechamento proporcionado pelas ilusões, o retraimento ou a introversão da libido. E, quando se considera a neurose, sua estratégia é também definida em termos espaciais, seja como *fuga para a fantasia*, seja como *fuga para a realidade*.

Salta aos olhos que na primeira referência de Lacan à expressão *mal-estar* encontramos uma ligação particular entre a experiência da agressividade e a relação com o espaço:

> Tese V: Tal noção de agressividade, como uma das coordenadas intencionais do eu humano, e especialmente relativa à categoria de espaço, faz conceber seu papel na neurose moderna e no mal-estar da civilização.[49]

Já nesse momento surge uma primeira distinção entre o mal-estar e a angústia, bem como o qualificativo de *neurose moderna*. A angústia está para o tempo e para o corpo, assim como o mal-estar está para o espaço e para o mundo. Se a dimensão imaginária do mal-estar liga-se ao espaço, sua inserção simbólica prende-se às insistentes referências de Lacan ao mal-estar como uma espécie de efeito secundário da renúncia à satisfação e do aparelhamento de gozo pelos discursos.

> O que é, portanto, nesta ocasião, o que representa o *mal-estar na civilização*, como ele se apresenta. Ele é um mais-de-gozar [*plus-de-joir*] obtido pela renúncia ao gozo [*jouissance*], justamente enquanto respectivo ao princípio de valor do saber.[50]

Estamos aqui no ponto terminal da longa reinterpretação lacaniana da lei como renúncia pulsional, da castração como extração ou perda de um fragmento de gozo. Mas agora essa renúncia é pensada no coletivo dos discursos e de como eles circundam o Real como impossível. Esse Real que os discursos contornam sem nomear é qualificado em função do tipo de impossibilidade que caracteriza cada discurso e cada laço social: impossível de governar (discurso do mestre), impossível de educar (discurso da universidade), impossível de desejar (discurso da histeria) e impossível de analisar (discurso do psicanalista). Podemos dizer que essa é a leitura do mal-estar no Simbólico.

Nos momentos finais de sua obra, Lacan refere-se ao mal-estar como uma operação de substituição do sentido pelo que manca na sexualidade: "Do *mal-estar na civilização* [...] é preciso saber que: o sentido [*sens*] não é sexual, mas que o sentido [*sens*] se substitui justamente ao sexual que manca [*manque*]".[51]

É preciso ter em conta a distinção entre a significação (*Bedeutung*, *signification*), que é, por definição, fálica e sexual, e o sentido (*Sinn*, *sense*), que é o Real que aparece em referência impossível ou vazia a essa significação. O sentido não é sexual, mas ele vem a recobrir o vazio do sexual, também conhecido como não relação sexual. Aqui é a não relação que caracteriza o impossível de se escrever e que, não obstante, não cessa de não se escrever. É preciso lembrar que o *significante* é um sistema de diferenças, sem valores positivos e cuja significação envolve o processo de negação, ao passo que a *letra* depende de um sistema de identidades, que se repete insistindo em um vazio e em uma não inscrição. Lacan usa a seguinte imagem para esclarecer esse ponto: imagine um pote de mostarda meio cheio, meio vazio. Agora considere uma série de potes assim, cada qual comparável consigo mesmo e com todos os demais, em relações qualitativas, quantitativas e existenciais. Suas diferenças podem ser apreendidas pela ordem e pela posição, cardinal e ordinal, de cada pote na série em que se inclui. De tal maneira que a ausência do pote pode ser reconhecida, e mesmo o fato de que ele esteja meio vazio. Essa é a lógica do significante, a lógica da falta. Contudo, considere agora que cada pote tem uma parte vazia. Seria essa parte vazia igual a si mesma? Seria o vazio de cada pote substituível entre si, por meio de relações de identidade e equivalência? Essas são perguntas referidas ao campo da letra, cuja lógica é a do vazio e a da modalização do gozo em demanda.

Percebe-se, assim, como o mal-estar (*malaise*) em Lacan situa-se exatamente na confluência entre o que deve ser nomeado, enquanto meio de tratamento da agressividade, o que pode ser circundando, mas não nomeado, nos discursos, e o que fracassa no ato de nomeação como representante do que não se pode escrever (a relação sexual).

Vimos que o mal-estar remete ao sentimento de culpa, assim como o sentimento de culpa remete ao supereu, e o supereu remete à interiorização da lei. A releitura proposta por Lacan permitiria afirmar que o mal-estar remete ao gozo, assim como o gozo remete ao supereu[52] e o supereu, a uma espécie de paradoxo entre lei e linguagem. Vejamos, então, como o supereu se apresenta como uma espécie de dualismo partícula-onda, ou linguagem matéria-imaterial, replicado na linguagem.

Por meio do humor, ou seja, uma estratégia de linguagem, o supereu é burlado[53]. Ele é composto por certos enunciados primordiais, sem enunciação efetiva[54], que agem corroendo e censurando a mensagem[55]. Sua face real é composta pela voz como *objeto a*[56]. Ele é um resíduo do que franqueia a barreira entre o desejo e a lei[57], ou um hiato entre a Coisa (*das Ding*) e a lei[58]. O supereu é um imperativo (outra modalidade verbal) que se instala na subjetividade como um corpo estranho e íntimo, eco do pai não castrado, representando uma fissura da lei simbólica[59] sem mediação da metáfora paterna[60]. Por meio do supereu, o sujeito da enunciação (*Je*) é substituído pelo "tu"[61], e ainda que não exista supereu sem a lei da linguagem, ele é o próprio avesso da lei, uma lei desprovida de sentido[62], no interior da qual ouvir é obedecer[63]. Uma fórmula capaz de sintetizar todas essas teses de Lacan poderia ser a seguinte: *supereu é aquilo que resta de real, como fonte de mal-estar e condição de gozo, depois da metáfora paterna*.

A metáfora do sintoma

Seria preciso agora articular o mal-estar com o sintoma, uma vez que este último organiza-se como uma metáfora, e a metáfora reserva um lugar particular para a nomeação: o significante do Nome-do-Pai. Vejamos se nossa tese sobre a relação entre mal-estar e supereu é correta. Sustentamos que o que resta da metáfora paterna deve ser um aspecto do nome, não necessariamente incluído na função paterna, e que, ainda assim, residualmente, por meio de seu dualismo, age como um empuxo à nomeação (escrever a lei) e por uma derrogação da nomeação (insuficiência da lei escrita).

É bastante conhecido o papel da metáfora paterna, segundo a teoria de Lacan, na gênese e na estrutura dos sintomas neuróticos. Isso faz desses sintomas modos de problematização, de inscrição e de solução da relação do sujeito com a lei. Eis a versão lacaniana do *Kultur* freudiano: "É no Nome-do-Pai que devemos reconhecer o suporte da relação simbólica que, desde a aurora dos tempos históricos, identifica sua pessoa à figura da lei"[64].

Uma metáfora que envolve um nome próprio, como é o caso do Nome-do-Pai, combina de maneira admirável as diferentes concepções que historicamente encontramos sobre esse tropo. Lembremos que para Aristóteles[65] a metáfora era um recurso retórico estilístico que pertencia ao mesmo grupo dos termos dialetais e estrangeiros, termos que deviam ser usados com cautela, pois, de alguma forma, resistiam a ser traduzidos ou parafraseados. Tradicionalmente encontramos três grandes concepções da metáfora: aquela que advoga sua força de analogia ou transporte entre espécie

e gênero (como a metáfora surrealista), aquela que insiste em seu poder constitutivo, cuja intuição é dotada de valor cognitivo (como nos modelos teóricos da ciência) e aquela que efetua compartilhamento de sentidos por meio de uma interação entre termos próprios e impróprios (função pragmática de mediação social)[66]. Considerando esse brevíssimo quadro sintético de concepções da metáfora, verifica-se que a metáfora lacaniana compreende todas as três acepções, acrescentando-lhe uma quarta: sua valência de produção ontológica (como na teoria da linguagem de Hegel[67]). Essas quatro acepções da metáfora são detalhadas na sessão única do seminário conhecido como *Nomes-do-Pai*, no qual Lacan afirma que:

> 1. na angústia, o *objeto a* cai ou separa-se do sujeito que o interpreta, metaforicamente, como demanda em sua relação múltipla e variável com o Outro. Aqui a metáfora incide como um análogo corporal, produzindo um mundo "oral", "escópico", "anal", e assim por diante[68];
> 2. o pai miticamente se apresenta como animal, e essa é a "essência classificatória do totem"[69], mas, enquanto nome, o pai é uma "marca já aberta à leitura"[70] e, nesse caso, o Nome-do-Pai é uma metáfora que equilibra lei e desejo, que torna comensuráveis "o gozo, o desejo e o objeto"[71]. É a metáfora em acepção interacionista;
> 3. mas o Nome-do-Pai na teologia judaico-cristã é um nome impronunciável, designado apenas por perífrases e paráfrases. Nesse caso, o nome funciona como o selo de uma aliança, anunciada pelo "anjo do Nome" ou pelo "profeta que fala em nome do Nome"[72]. É a metáfora que cria um novo sentido, metáfora constitutiva que aparece ligada à cena do sacrifício que "separa desejo e gozo"[73].
> 4. finalmente, o nome que engendra a metáfora será tomado como lugar no campo do Outro para definir a transferência como "o que não tem Nome no lugar do Outro"[74]. Nesse caso, a metáfora cria uma nova realidade, que Lacan já havia descrito em seminários anteriores como a metáfora da transferência, cujo objeto indutor é a *agalma* (este objeto de brilho e encanto das estátuas platônicas) e que corresponde à "realidade sexual do inconsciente posta em ato". Encontramos aqui a quarta acepção, dita ontológica, da metáfora em Lacan.

Por mais que a noção de Nome-do-Pai varie, se estenda e se desdobre no ensino de Lacan, ela terá sempre a constante de ser um ponto de identificação ou de suporte entre as estruturas antropológicas e as estruturas ontológicas, o ponto no qual estrutura e história se ligam. Por isso, uma das últimas referências ao conceito afirma que:

> Eu colocarei, se assim posso dizer, este ano, a questão de saber se, quanto ao que se trata, a saber, a nodulação do imaginário, do simbólico e do real, é necessária esta função de um toro a mais, aquele cuja consistência seria a de referir-se à função dita do pai.[75]

Mas pouco se tem atentado para o fato de que, na operação de substituição do Desejo da Mãe pelo Nome-do-Pai, ocorre um nó entre elementos relativamente heterogêneos quando os pensamos do ponto de vista da linguagem. Na versão de 1958, a metáfora do Nome-do-Pai "coloca este Nome em substituição ao lugar primeiramente simbolizado pela operação de ausência da mãe"[76].

Metáfora	Metáfora do Nome-do-Pai
$\frac{S}{\$} \cdot \frac{\$}{x} \rightarrow S\left\{\frac{S}{s}\right\}$	$\frac{\text{Nome-do-Pai}}{\text{Desejo da Mãe}} \cdot \frac{\text{Desejo da Mãe}}{\text{significado ao sujeito}} \rightarrow \frac{\{A\}}{\text{Falo}}$

Sob certas circunstâncias de "posição subjetiva", circunstâncias de "oposição simbólica ao sujeito"[77], o apelo ao Nome-do-Pai encontra uma "carência do próprio significante", e não a ausência de um pai real. Nessa contingência, ocorre uma espécie de passagem dialética, de retorno ontologicamente desviado daquilo que, não inscrito no simbólico, retorna no real. Isso ocorre porque a metáfora, assim concebida, não é apenas um dispositivo de simbolização, ou um estabilizador do sentido imaginário, mas também algo que toca e, daí, escreve o real. Portanto, o Nome-do-Pai é, a um tempo, uma operação de negação (simbolizante), um basteamento da significação fálica (imaginária) e uma indução criativa de algo novo (real). Topologicamente, essa operação é descrita pelo esquema R[78], que articula, como banda de Moebius, o sujeito, o campo da realidade libidinal e a fantasia ($\$ \lozenge a$). Mas, subsidiariamente, essa operação é descrita como uma passagem do Nome-do-Pai ao pai do nome, ou seja, uma operação de culturalização, em todos os sentidos que isolamos em Freud para esse termo.

Em 1962, Lacan[79] dedica-se a examinar as peculiaridades do nome como função linguística, a começar pela propriedade fundamental de que um nome próprio não se traduz, ele se repete, criando um traço que unifica sua unidade, o traço unário (*einziger Zug*). Nesse mesmo seminário, encontramos uma importante definição sobre o sujeito: "o sujeito é o que se nomeia".

No seminário os *Problemas cruciais da psicanálise*, de 1964[80], o Nome-do-Pai é examinado como um caso particular da função mais geral dos nomes próprios. Apoiado na filosofia da lógica de Russel e no estudioso da história das línguas Gardiner, Lacan observa que a nomeação designa algo, mas não significa, assim como a holófrase e a interjeição[81]. O nome próprio opera uma sutura ou uma falsa identificação, uma identificação da falta do sujeito ao furo no Outro, conforme o modelo da garrafa de Klein.

> O nome próprio vai sempre se colocar no ponto justamente onde a função classificatória da ordem da *rhesis*[82] tropeça, não diante de uma particularidade muito grande, mas, ao contrário, diante de um rasgo, a falta, propriamente este furo do sujeito, é justamente para suturá-lo, para mascará-lo.[83]

Ou seja, ali onde a ação de falar tropeça, onde o discurso se interrompe – como no esquecimento do nome do pintor dos afrescos da catedral de Orvieto[84] –, ali se infiltra um substituto, um nome impróprio – Boltraffio, Botticelli. E esse esquecimento, essa detenção do discurso, remonta à emergência de uma sustentação para o nome próprio do sujeito, o *Herr*, da Bósnia e Herzegovina, o Senhor dos pacientes muçulmanos, a morte como amo absoluto, Signorelli, o verdadeiro pintor esquecido.

Outra propriedade que a função nominativa convoca diz respeito ao problema da designação ostensiva: "mesmo que eu diga 'isso', 'isso' ao designá-lo já implica ter chamado isso que escolho fazer apenas aquilo"[85]. Essa é a primeira versão do famoso aforismo: "Que se diga fica esquecido detrás do que se diz no que se ouve"[86], que sintetiza as relações entre o sujeito e a demanda e também entre

significante e letra. Por isso, a função nominativa antecipa a categoria de letra em Lacan, como suporte do real. E essa recursividade entre nome e falha na significação é finalmente aplicada ao próprio conceito: “Não se trata somente de uma falha em falar do Nome-do-Pai. O Nome-do-Pai é ele mesmo apresentado como o nome de uma falha; a falha faz parte do Nome-do-Pai”[87].

O último momento significativo da categoria de Nome-do-Pai se encontrará nos seminários da década de 1970, quando Lacan pluraliza os Nomes-do-Pai e reconhece ao mesmo tempo sua função ocasional de junção e enodamento dos registros Real, Simbólico e Imaginário. Nessa ocasião, o Édipo será tomado apenas como um dos Nomes-do-Pai, a mulher será outro, a *pére-version* outro, o que Freud chamou de “realidade psíquica” é outro desses nomes. Ou seja, o Nome-do-Pai não é mais apenas um articulador do desejo com a lei, uma forma de fazer basta ao gozo, mas também uma função de nomeação.

> É preciso o simbólico para que apareça individualizado nos nós este algo que eu não chamo tanto de complexo de Édipo – não é tão complexo assim –, chamo isto de o Nome-do-Pai, o que não quer dizer nada senão o pai como nome – o que nada quer dizer de saída –, não somente o pai como nome, mas o pai como nomeante.[88]

Podemos, então, enunciar nossa hipótese. Se o Nome-do-Pai é um caso particular da função genérica dos nomes próprios ou da função de nominação e se o Nome-do-Pai metaforiza e é metaforizado pela lei[89], podemos dizer que ele funciona de modo homólogo à inflexão do mal-estar sobre o sujeito, no contexto da *Kultur* freudiana. Poderíamos, assim, supor que a função diagnóstica não é apenas o exercício de certos códigos classificatórios ou ordenadores sobre um sujeito, de modo a tipificá-lo em categorias mais ou menos históricas. Não seriam as estratégias diagnósticas, tanto as de natureza metadiagnósticas, como as paradiagnósticas e ainda as autodiagnósticas, apenas casos particulares desse funcionamento mais geral da linguagem? Formas de estabelecer isso que Lacan chama de uma sutura para o sujeito, uma falsa identificação que localiza o sintoma e seu sofrimento no mundo? E não seriam a demanda de nomeação, a falsa nomeação (identificação) e o fracasso da nomeação (demanda) o percurso ou o trabalho pelo qual o mal-estar encontra sempre um nome inadequado para expressar o real de que ele é feito?

Se isso é correto, precisamos repensar completamente a incidência do diagnóstico no tratamento, de tal forma a incluir, ao lado da diagnóstica do sintoma e de sua estrutura metafórica, a diagnóstica do mal-estar e sua estrutura nominativa.

Vimos que as exteriorizações do mal-estar são múltiplas e variáveis e que ele não é apenas uma exteriorização da angústia, como um *acting out* ou uma passagem ao ato, como um embaraço ou uma emoção. O mal-estar é um desafio para a inscrição na linguagem, tal como Lacan postulou, em sua teoria do Real, como aquilo que não cessa de não se escrever.

O problema freudiano da ligação tardia da angústia ao supereu combina-se, assim, com a tese lacaniana do trabalho de nomeação, de falsa identificação, que caracteriza a passagem da lei de Édipo à angústia da castração. O nome é a função que articula a “ausência de significado” com a “persistência repetitiva do significante”. A nominação, enquanto função geral de linguagem, além dos nomes próprios como nomes de família, descendência ou genealogia, introduz essa espécie de ligação ou de amarração entre os múltiplos sentidos (*Sinn*), os múltiplos motivos para a culpa, segundo o

texto freudiano, e a ausência-presença problemática de uma significação (*Bedeutung*) e de um referente vazio (*ab-sense*) enquanto ser (*Real*).

Narrativas de sofrimento

Nesta seção, nos dedicamos a examinar as condições gerais para a introdução da noção de sofrimento em psicanálise. Nossa hipótese é de que um possível conceito psicanalítico de sofrimento deve responder essencialmente a três condições. A primeira delas é que o sofrimento seja pensado no quadro de uma teoria do reconhecimento. Os atos de reconhecimento determinam a ontologia da experiência de sofrimento, estabelecendo, por exemplo, a linha de corte entre o sofrimento que deve ser suportado como necessário e o sofrimento que é contingente e pode ser modificado. O sofrimento se transforma na função direta da gramática que o reconhece. Nesse sentido, todo sofrimento contém uma demanda de reconhecimento e responde a uma política de identificação. Cada época define politicamente quanto e qual sofrimento pode ser suportado e qual deve ser incluído na esfera do patológico.

A segunda condição para pensar o sofrimento em psicanálise é que ele seja estruturado como uma narrativa, ou seja, ele exprime um processo transformativo que é reconhecido num âmbito da linguagem intermediário entre o discurso e a fala. Entendemos por narrativa o trabalho de linguagem que contorna um objeto, conferindo-lhe uma "estrutura de ficção". Quando Lacan diz que a verdade possui estrutura de ficção, ele nos remete a esse campo de construção hipotético de saberes que são constitutivos do sujeito e que definem o tecido linguístico do sofrimento. Consideramos que as teorias sexuais infantis, o romance familiar do neurótico, assim como o mito individual do neurótico, são expressões psicanalíticas do que chamamos de narrativa[90].

A terceira condição da experiência de sofrimento é que ela envolve processos de indeterminação de sentido e de inversão de significação que conhecemos com o nome de transitivismo. O transitivismo é a experiência psicológica que a criança experimenta quando suspende e confunde a relação entre aquele que pratica a ação e aquele que sofre a ação. Karl Wernicke introduziu a noção de transitivismo para designar a incerteza que certos pacientes esquizofrênicos experimentam diante da apropriação de suas próprias produções verbais ou escritas. Wallon[91] detectou a emergência do transitivismo como um dos momentos da relação da criança com a imagem, mais precisamente a confusão que a criança experimenta ao designar seu "eu" pela imagem que o representa. É de Wallon e de Bühler que Lacan retira a importância do transitivismo, ao lado do negativismo, como um dos fenômenos mais importantes de seu estádio do espelho.

> Esse momento em que se conclui o estádio do espelho inaugura, pela identificação com a imago do semelhante e pelo drama do ciúme primordial (tão bem ressaltados pela escola de Charlotte Bühler nos fenômenos de *transitivismo* infantil), a dialética que desde então liga o eu a situações socialmente elaboradas.[92]

Considerando, então, que a experiência de sofrimento depende de atos de reconhecimento, articulados pela narrativa em demandas transitivistas, e considerando que o sofrimento exprime-se como uma dialética entre o eu e as situações socialmente elaboradas, encontramos em Axel Honneth um autor que parece ter pensado a experiência de sofrimento levando em conta essas três condições,

no escopo da teoria social crítica. Nesta seção, apresentaremos as premissas para uma teoria do reconhecimento capaz de incluir o conceito de sofrimento. Nas seções subsequentes deste capítulo, abordaremos o papel da narrativa, da identificação e do transitivismo na composição do campo da psicopatologia. No capítulo seguinte, focaremos as estruturas narrativas presente no mito e sua importância para a delimitação das experiências de sofrimento.

Honneth, esse leitor de Hegel e Freud, introduz o conceito de *sofrimento de indeterminação*, entendendo que este decorre do desentrelaçamento entre o amor, o direito e a estima social. São três esferas – *autorrealização*, *reconhecimento* e *formação* –, dialéticas internas respectivamente ligadas ao espaço do amor e da amizade, ao espaço do direito e da moral e ao espaço da solidariedade social e do respeito social. Essas três superfícies encontravam-se unidas no conceito hegeliano de reconhecimento (*Anerkennung*), garantindo uma determinação recíproca entre teoria da intersubjetividade, gênese do sentimento social de autoridade e suas patologias (respeito e confiança ou desprezo e indiferença), conferindo substância institucional e normativa para as gramáticas de reconhecimento[93]. O elo perdido entre responsabilidade, segurança e justiça tornou-se cada vez mais imprescindível para a teoria social, com o progressivo esgotamento das narrativas hobbesianas, cujo contratualismo está baseado na originariedade do medo social da solidão e da morte violenta em estado de isolamento. A judicialização da vida cotidiana, envolvida no sintoma social do condomínio, as concepções securitárias da vida social e a transformação do reconhecimento como produto, que discutimos anteriormente, são problemas que parecem ter impulsionado autores da teoria crítica, como Honneth e Brandom, assim como teóricos pós-lacanianos como Žižek e Badiou, a uma espécie de retorno a Hegel.

Um ponto comum entre esses autores diz respeito às dificuldades impostas pela tematização kantiana da noção de autonomia, ora em oposição ao conceito de natureza, ora como fundamento da disposição moral, ora como modelo de justificação hermenêutica da liberdade[94]. Para Honneth, essa seria a raiz da patologia social da razão, que se tornou uma das tarefas mais constantes da filosofia social, desde então: “Qualquer um que não se deixe guiar por estes fins, influenciando sua vida, sofrerá com as consequências da ‘indeterminação’ e desenvolverá sintomas de desorientação”[95].

É assim que a teoria da razão se torna diagnóstico social de época e exame das perspectivas de autorrealização de uma vida, opondo-se tanto às soluções comunitaristas quantos às soluções liberais dominantes na herança kantiana do problema da gênese da autonomia. Marx teria sido, nesse sentido, o inventor dessa estratégia, ao fornecer o modelo do fetichismo e o modelo da alienação social (depois reificação) como as duas primeiras e maiores formas de patologia do social, posteriormente suplementadas pela noção durkheimiana de anomia.

Lacan, um autor aparentemente distante de tal tradição de pensamento, traz uma afirmação categórica que vai nessa mesma direção: “Marx é o verdadeiro inventor do sintoma”[96]. Mas o que isso quer dizer?

Primeira hipótese: Marx inventa o sintoma ao descrever a *divisão social do trabalho* que se estabelece no sujeito trabalhador, sendo, então, o nome desse sintoma o proletariado. Ou seja, o sintoma é a formação de uma classe social específica, o proletariado, sintoma do falso universal chamado sociedade. Assim como o sintoma é expressão de um “grupo psíquico separado”, de um conflito entre defesa e desejo, ele presume um tipo ideal de trabalhador (o sujeito do inconsciente).

Segunda hipótese: a maneira de ler como Marx inventou o sintoma, encontrada, por exemplo, em Althusser, que enfatiza o sintoma como envolvendo um tipo de *alienação* (ou de perda de

experiência e identificação do sujeito). Disso decorre uma “falsa consciência”. É nessa direção que Lacan afirma que o eu, como instância de desconhecimento, possui a estrutura de um sintoma. Nesse sentido, Marx inventou o sintoma quando descreveu a necessidade da ideologia.

Terceira hipótese: o argumento, bem representado nos trabalhos de Žižek[97], de que o sintoma é descoberto por Marx quando ele descreve o segredo do valor da mercadoria como processo de universalização da *forma-mercadoria*, que passa a ser tratada como um fetiche. O fetiche como o falso universal representado pelo mercado é um universal semicompleto, simbolizado pela linguagem, generalizado por um discurso ou dividido pela sexuação. Valoriza-se aqui que o sintoma não é apenas uma ocultação deformada de sentido, mas um trabalho que propicia em si um valor de gozo, uma satisfação sexual inconsciente.

Quarta hipótese: essa interpretação advoga que o sintoma está no fato de o trabalhador perceber que, apesar de o valor trabalho ser pago de maneira justa (em relação à consistência do mercado), há uma parte do trabalho que não lhe é remunerada, induzindo o falso equívoco de que o valor de uso da mercadoria está abaixo de seu valor de troca e facultando o redobramento do valor de uso em mais-valor. Ou seja, um trabalhador “esclarecido” perceberá que em sua relação com a mercadoria há uma série de *inversões fetichistas*[98] e que em seu sintoma há uma verdade que não pode mais ser reconhecida.

Remuneramos o *trabalho* com dinheiro, uma vez que estamos no *mercado*. Pagamos seu preço verdadeiro, tal como a função do *valor de troca* o define no mercado. No entanto, existe um valor não remunerado naquilo que aparece como fruto do trabalho, porque o preço verdadeiro desse fruto está em seu *valor de uso*. Esse trabalho não remunerado, embora pago de maneira justa em relação à consistência do mercado no funcionamento do *sujeito capitalista*, é o mais-valor. O *mais-valor*, portanto, é o fruto dos meios de articulação que constituem o modo de operação e o discurso capitalista[99].

Talvez essa quarta leitura não seja mais do que a combinação das três anteriores, o que nos devolve ao tema honnethiano do reconhecimento e sua atribuição de um déficit antropológico a Marx. Déficit que teria sido reconhecido sempre com alguma recalcitrância pelos teóricos críticos, mas que se condensa na dificuldade de entender que a patologia social se apresenta sempre, como mostrou a psicanálise, sob a forma de uma espécie de sofrimento[100]. Quando Adorno afirma que toda forma de sofrimento é uma reflexão que ainda não encontrou seu ponto de virada e, portanto, não pode ser reconhecida como desejo de que as coisas se transformem, ele está tentando corrigir essa lacuna[101]. Adorno chega a construir critérios para reconhecer a racionalidade social do sofrimento: sentimento de perda de poder, reversão entre meios e fins, exclusão da diferença, sentimento de vazio, solidão e superfluidade[102]. Ademais, todo sofrimento compõe-se de um conteúdo, no qual se localiza uma restrição à razão e um impulso corporal[103]. Também quando Horkheimer afirma que todo sofrimento aponta para a objetividade de uma contradição social, ele está tentando reunir o interesse normativo da racionalidade universal (histórica) com o conceito de interesse emancipatório em uma concepção de patologia social da razão[104]. Mas, contrariamente ao que pensam Adorno e Horkheimer, o sofrimento, para Honneth, não é resistência social em si mesmo.

O que Honneth traz de novo nessa discussão é a ideia de que tanto a reconciliação do sujeito quanto a perda do objeto podem ocorrer, em cada caso, em forma de excesso ou de falta de identidade[105]. Sua hipótese central de que a gênese do sofrimento refere-se sempre à percepção

social da anomia e da indeterminação nos levou a introduzir, no escopo do Laboratório de Teoria Social, Filosofia e Psicanálise (Latesfip/USP), a ideia reversa de um sofrimento de determinação. Ao falar em sofrimento de indeterminação, Honneth recupera a crítica de Benjamin da teoria da violência como paradigma da patologia social (crítica, aliás, também presente em Žižek). A ideia de que há dois tipos únicos de violência, aquela que produz leis e aquela que as mantém, ideia de extração hobbesiana, precisaria ser suplementada por uma terceira forma de violência, a divina. Além da violência pura e da impura haveria um terceiro tipo de violência, quiçá ontológico, capaz de nos separar da identificação entre as regras morais e o exercício da violência legitimada pelas instituições e pelo Estado. Percebe-se aqui a infiltração possível do conceito psicanalítico de pulsão de morte e seu corolário social, o mal-estar.

É só desse ponto de vista, de certa forma fora de nosso horizonte de experiência futura imediata e teologicamente narrativizado no passado, que podemos entender por que a lei, ela mesma, contém um núcleo patológico. É dessa perspectiva que se poderá entender a importância de não reduzir a lei à força, a justiça ao direito, e de não recusar o apelo ético que está para além ou para aquém da lei instituída para criticar o estado de exceção permanente que a colusão entre lei e segurança propiciou em nossa época[106].

É por isso que, depois de passar por Adorno, Horkheimer e Benjamin, Honneth incluirá Freud como teórico crítico das patologias do social, salientando sua importância como autor capaz de pensar a teoria do reconhecimento, de forma análoga ao Hegel de *Filosofia do direito*, ou seja, considerando que a autorrelação (*self-appropriation*) é um processo de subjetivação do desejo, sem reduzi-lo à sua individualização, mas de toda forma correlato da apropriação de uma angústia[107]. Nesse ponto, Honneth recorrerá a Winnicott, mas também aos "psicanalistas sociais" Franz Neumann e Alexander Mitscherlich, para pensar a institucionalização dos afetos políticos, a origem do sentimento de insegurança social e principalmente a formação da identidade como uma patologia da normalização, da adaptação e da conformidade (falso *self*). Ou seja, o que Honneth procura na psicanálise é uma espécie de teoria da gênese dos sentimentos sociais, não exclusivamente dependentes da interiorização hobbesiana da lei, expressa, por exemplo, em *Totem e tabu*[108].

A autorrealização, segundo a apropriação feita por Honneth deWinnicott, depende da experiência de que o outro é alguém insubstituível. Essa experiência é, em geral, associada à família e aos laços de amor intrínseco e primário e apresenta como contrapartida a supressão de aspirações de liberdade. Vê-se aqui por que a autonomia não se confunde com a independência. A aspiração de autorrealização equivale à negação da dependência e do desamparo primários, dos quais nos afastamos à medida que se expandem os laços de socialização secundários. Em determinado momento, há uma mutação expansiva da lógica do reconhecimento, que passa a ligar-se intimamente à contradição entre família e sociedade civil. Em função disso, será preciso certa coletivização do desejo para que este encontre sua realização expansiva da "personalidade" em uma "obra humana", retomando aqui dois termos lacanianos. Encontramos aqui a antiga ideia hegeliana, que reaparece em Lacan, de que a realização da personalidade implica separação da família. A formação é, por sua vez, a experiência da cultura, capaz de conciliar a vivência de vacuidade (decorrente da hipertrofia das aspirações de reconhecimento) com o sentimento de solidão (decorrente da hipertrofia da autorrealização). No fundo, Honneth quer manter a ideia de cultura (*Bildung*) como contradição, de forma a diagnosticar o que ele chama de patologias do social. A cultura deveria ser o espaço da

contradição, reconhecida e realizada, entre as aspirações de universalidade jurídico formal e as aspirações de particularidade ético-pessoais.

> Hegel liga de modo imanente o projeto de sua teoria da justiça com um diagnóstico da patologia social; pois, como o núcleo propriamente original da *Filosofia do direito*, entendo a proposta de conceber ambos os conceitos de "direito abstrato" e de "moralidade" como duas determinações insuficientes da liberdade individual que no mundo da vida se exprimem em um "sofrimento de indeterminação".[109]

É possível que a noção de direito abstrato em Hegel se articule com a noção lacaniana de superego, no quadro da teoria do gozo, assim como a ideia hegeliana de moralidade se aproxime do registro freudiano dos ideais, no quadro da teoria do desejo. Dessa maneira, o ponto de dupla determinação insuficiente torna a noção de sofrimento de indeterminação sucedânea tanto do que Freud descreveu como mal-estar (*Unbehagen*) quanto da noção lacaniana de *objeto a*, seja em sua face discursivo-narrativa do a-mais-de-gozar, seja em sua face sintomática de causa de desejo.

Não basta limitar a liberdade a tudo aquilo que não é proibido e, nesse sentido, levar as bordas da cultura para os limites da lei. De fato, a melhor expressão do sofrimento de indeterminação é a chamada "cultura da insegurança" ou "cultura da administração de riscos". Reencontramos aqui esse modo de subjetivação que chamei de *lógica do condomínio*, ou seja, a estratégia baseada em privatização do espaço, seguida da hipernormatização de seu funcionamento e do incremento de políticas de identidade baseadas na conformação de gozo. Na medida em que a cultura torna-se anódina no que diz respeito à sua eticidade, e que a eticidade torna-se expressão de uma política de identidade, o resultado estrutural é a hipótese permanente de que outras formas de vida (inacessíveis, dada a segmentação cultural) detêm um fragmento de gozo (ilegítimo, inautêntico e excessivo) que está na raiz de nossas disposições de preconceito e segregação. Nas palavras de Safatle:

> Hegel é imune ao *pathos* conservador da crença na substancialidade ética das formas tradicionais de vida. O que faz com que a regulação da anomia e da indeterminação por estruturas institucionais seja para ele um problema maior por não poder ser resolvido através de uma dinâmica de retorno aos "tempos carregados de sentido".[110]

Portanto, o sofrimento de indeterminação não deve ser "curado" pelo retorno regressivo a uma comunidade onde a determinação da lei seja estável. Para entender a importância e a novidade do conceito de sofrimento de indeterminação, é preciso lembrar que ele pressupõe uma noção de liberdade que não é mera expressão individual de escolhas, e sim um universal ocorrente no interior de um sistema de relações de reconhecimento simbólico, em termos análogos aos que Lacan usou para postular a noção de Outro e a alienação intersubjetiva do desejo. Por isso, sintomas sociais como o cinismo são paródias ou instrumentalizações que tentam lidar com a indeterminação, não como aspiração de liberdade, mas como satisfação subsidiária com a lei:

> […] podemos compreender o cinismo como disposição de conduta e de valoração capaz de estabilizar e interagir em situações de anomia. Como se o cinismo fosse capaz de transformar o "sofrimento de indeterminação" normativa em motivo de gozo.[111]

Em segundo lugar, o conceito de sofrimento de indeterminação presume que a autorrealização individual condiciona-se à capacidade de reconhecer reciprocamente a liberdade do outro. Por isso, é importante separar o conceito de liberdade hegeliano do mero efeito de adesão a um sistema de coerções normativas e externas. A palavra-chave usada pelos comentadores para esse processo é "interiorização", como se o sujeito incorporasse a lei social como uma lei pessoal de modo a efetivar práticas concretas e formas de vida autênticas em estrutura kantiana de "amor à lei". O estado de eticidade (*Sittlichkeit*) admite espaço tanto para a luta por reconhecimento quanto para a perseguição dos interesses egoístas. Com essas quatro premissas, Hegel, no entender de Honneth, exige que a noção de *indeterminação* participe decisivamente do ato ético verdadeiro. Não se trata apenas da autodeterminação kantiana como abismo indeterminado entre dever e inclinação, entre ato e intenção, mas da ideia de que as próprias inclinações e deveres são formados pela participação social do indivíduo no sistema de reconhecimento social, no exercício de sua vontade livre como "ser consigo mesmo no outro". Esse é o correlato objetivo do sentimento social de respeito e solidariedade.

A origem do sofrimento de indeterminação reside na rejeição patológica da realidade social[112] e na autonomização ou na absolutização de modelos incompletos de liberdade. Daí que ele se expresse sob três diagnósticos de época: solidão, vacuidade e abatimento. A falsa universalização da amizade, assim como a falsa universalização do direito, seriam os motivos que originam o sentimento flutuante de injustiça, de desrespeito e de falta de solidariedade. Inversamente, a solidariedade e o respeito não se efetuam apenas pela renúncia aos interesses egoístas e pela universalização das formas jurídicas. Há algo mais, que se exprime como sofrimento de indeterminação toda vez que isso vem a ocorrer. Daí que o sofrimento de indeterminação seja uma patologia da liberdade individual, uma patologia da incapacidade de pensar a liberdade como experiência coletiva. Tanto a eticidade como o sentimento de justiça seriam funções terapêuticas da fixação em demandas subjetivas de direito abstrato e aspirações morais individualizadas presas a seus sistemas de interesse; em cada caso, afirma Hegel, há uma "imagem que nos mantém presos" a nossa própria liberdade.

A libertação desse sofrimento abrange as experiências positiva e negativa da liberdade. É nesse sentido que Honneth extrai de Hegel e de Freud a ideia de experiências eticamente terapêuticas que devem se articular, pela via da formação, com experiências de justiça. Essa combinação entre "diagnósticos de época e teoria da justiça, de história da consciência e filosofia do direito"[113], permite pensar o tratamento das patologias do social como um processo de descentramento progressivo e individualização entre carência (família), interesse (sociedade civil) e honra (Estado).

> Se no interior da família cada membro teve de desistir de uma parte de sua autonomia para com isso conseguir chegar à autorrealização na unidade da díade ou da tríade, dentro da sociedade civil cada indivíduo se fixa em sua particularidade a fim de poder satisfazê-la mediante parceiros de troca que se alternam constantemente.[114]

Temos aqui o desafio de pensar, do ponto de vista psicanalítico, essa diferença entre as estruturas familiares, de natureza totêmica ou animista, e as estruturas de troca próprias da sociedade civil, envolvendo educar, governar e desejar. Honneth é um teórico social que nos permite ligar o diagnóstico de estrutura em conexão com um diagnóstico dos discursos. Além disso, seria preciso enfatizar, nas teses dele, o duplo papel da indeterminação – como condição do ato ético e como sofrimento. Ou seja, há experiências de indeterminação que devem possuir valor formativo e que são produtivas do ponto de vista dos discursos, assim como existem experiências de indeterminação que são apenas falsas experiências e que sinalizam a desarticulação da esfera moral e da esfera do direito e a universalização de formas frustrantes de liberdade.

A disfunção social aqui não diz respeito apenas a um prejuízo contra os princípios de justiça. Trata-se, na verdade, de criticar as perturbações que partilham com as doenças psíquicas a característica de restringir ou alterar as possibilidades de vida supostamente "normais" ou "sãs"[115].

Até aqui não se percebe nenhum ponto de incongruência entre o conceito honnethiano de patologias do social e a teoria psicanalítica da gênese dos sintomas. O que não significa nenhum grande salto, uma vez que as categorias da psicopatologia psicanalítica, como neurose, histeria, perversão, psicose, não são descrições de disfunções quantitativas em órgãos e funções psíquicas isolados, mas modificações globais de conduta advindas de posições subjetivas possíveis diante do desejo e de sua lei, da suspensão de experiências de reconhecimento, de encontros traumáticos de natureza indeterminada, de inclusões e exclusões discursivas, de incomensurabilidades inerentes ao campo sexual.

Mas, como observou Safatle, os últimos descendentes da Escola de Frankfurt, como Habermas e Honneth, procuram fundamentar suas concepções em psicologias do desenvolvimento (Piaget, Lawrence, Kohlberg, no caso de Habermas) ou importar conceitos de maturação da psicanálise (Winnicott, no caso de Honneth) para justificar o processo empírico de aquisição de capacidades cognitivas, judicativas e desejantes. Isso acaba levando para o interior dessas teorias uma antropologia limitada à forma atual do "homem", uma concepção progressista de tempo e um horizonte normativo de intervenção[116]. O que se procura fazer neste trabalho, e de maneira geral em nossa pesquisa no Laboratório de Teoria Social, Filosofia e Psicanálise (Latesfip/USP) é aproveitar a grande intuição honnethiana de que a experiência de sofrimento nos remete ao déficit, ao bloqueio ou à suspensão de experiências sociais de reconhecimento. Contudo, antes será preciso introduzir e articular conceitualmente essa noção de sofrimento no interior da racionalidade diagnóstica de Freud e Lacan.

A gramática do reconhecimento é também o ponto de partida da antropologia kojeveana que Lacan traz para a psicanálise. A dialética do senhor e do escravo, a teoria dos atos de reconhecimento, o papel da negatividade, tudo isso se percebe nas origens da teoria lacaniana do sujeito.

Acreditamos com isso que o metadiagnóstico da modernidade, no qual Honneth desenvolve seus argumentos, seja pertinente, o que justifica a utilização de seu conceito de sofrimento, mas sua justificativa psicológico-antropológica pode receber reformulações. Sinteticamente, pensamos que Lacan nos permitiria afastar Honneth do paradigma jurídico-normativo, das aspirações comunicacionais-identitaristas e de seu conceito não substancial de universalidade. Com isso, sua metadiagnóstica deve ser duplicada. Não se trata apenas de examinar as condições pelas quais processos de individualização fracassam diante da anomia, impedindo a socialização das pulsões ou petrificando identificações do sujeito. É preciso acrescentar também a metadiagnóstica derivada da importância de reconhecer a dimensão produtiva e constitutiva de certas experiências de

indeterminação. Como sintetizou Safatle, sofremos tanto por não conseguir nos tornar indivíduos quanto por só poder imaginar a realização de nossa vida como indivíduos.

Em seu texto *La Société du mépris*, Honneth[117] insere o sofrimento de indeterminação no quadro de uma diagnóstica da modernidade. Ele argumenta que filosofia social e filosofia moral-política se articulam, desde o século XVII, em uma espécie de revezamento e alternância não de diagnósticos, mas de estratégias diagnósticas. Enquanto a primeira insiste nas patologias sociais como *bloqueio do princípio de reconhecimento*, a segunda aposta na crítica da infração de *aspirações das práticas de justiça*. Honneth não se concentra verticalmente nas soluções nem nas designações redundantes desse entendimento bífido de crítica social, mas enfatiza a consideração que cada qual é obrigado a tomar para empreender seus objetivos, ou seja, o tipo de *diagnóstico*, não a modalidade de *terapêutica*.

A ideia aqui é que um bom diagnóstico é, ao mesmo tempo, sua prática terapêutica como ensaio de eticidade. A luta por justiça como aspiração maior da crítica, no quadro de critérios normativos impessoais e procedimentais de racionalidade administrada, é uma terapêutica limitada, dissociada e decorrente de um diagnóstico parcial. Segundo esse raciocínio, o *excesso de experiências improdutivas de determinação* deve ser tratado pela conversão das experiências improdutivas, como falso reconhecimento ou como violação de equidade ou justiça, em experiências produtivas. Esse é o ajuste normativo a ser realizado. Tal diagnóstico deixa de lado aspirações igualmente universalistas de liberdade consoantes a determinada antropologia. Ele afasta um tipo de sofrimento que a racionalidade judicialista não é capaz de reconhecer, pois é ela mesma que concorre para produzi-lo – é o que chamamos de sofrimento de determinação.

Essa monodiagnóstica tem um segundo inconveniente: constrange todas as demandas de reconhecimento, inclusive aquelas que se dão por meio do sofrimento, a se submeter ao formato normativo, o que exclui a dimensão estética e moral e todas as gramáticas de produção de respeito social estranhas à narrativa do trabalho liberal. Ora, um diagnóstico social, seja da falta, seja do excesso de determinação, como é, em linhas gerais, o decorrente do assim chamado "déficit sociológico" no interior da Escola de Frankfurt, com ou sem o adendo de que este é também um déficit psicanalítico, é um diagnóstico no mínimo parcial. Portanto, a ênfase que Honneth quer trazer para o contexto com a noção de autorrealização não está referida ao "*standard* de normalidade social", mas em como essa normalidade vem sendo produzida como sintoma, pela exclusão da indeterminação. Essa ideia se afina diretamente com a noção de estado de exceção como política de governo, em Agamben: "[...] o estado de exceção não é nem exterior nem interior ao ordenamento jurídico, e o problema de sua definição diz respeito a um patamar ou uma zona de indiferença em que dentro e fora não se excluem, mas se indeterminam"[118].

Honneth observa que entre Hobbes (1588-1679) e Rousseau (1712-1778) há quase cem anos de diferença, e que isso tem implicações para a formação de uma estratégia de entendimento social cujo diagnóstico nos conduzirá necessariamente à filosofia do direito no primeiro e à antropologia no segundo. Interessante notar, guardadas as devidas proporções, que também na psicanálise há uma espécie de descompasso entre suas duas narrativas de referência. De um lado temos o mito judicialista de *Totem e tabu*, que afirma a necessidade da ordem pensada como contraface da violência, como em Hobbes. Mas ao lado disso temos a narrativa de Édipo, que, apesar de já aparecer nos primeiros textos freudianos, só se integra posteriormente à sua metapsicologia como um mito antropológico sobre a origem do desejo, de forma simétrica às reflexões de Rousseau.

Essa observação é importante para matizar a noção de *autorrealização* desenvolvida por Honneth, que não deixa de ser antropologicamente suspeita. Quero crer que essa ideia é importante mais pela força arqueológica e contextual do que pela intencionalidade de seu conceito. O problema central de Honneth não é defender a antropologia, mas combater uma ideia de lei e de justiça capaz de secundarizar completamente a realização ética a si. Essa é uma das consequências da primazia do metadiagnóstico centrado no sintoma como excesso de determinação, ou seja, tornar a relação a si uma esfera independente, externa ao pensamento social, porque estranha ao espaço público. Para combater isso, Honneth tem de valorizar o Rousseau do amor de si e da perfectibilidade, não o da vontade geral, do contrato social ou da pedagogia da alma. O Rousseau que funda uma antropologia, sim, mas cuja raiz está na ideia de indeterminação, conforme certa leitura de textos como *Discurso sobre a origem e os fundamentos da desigualdade entre os homens*[119] e *Ensaio sobre a origem das línguas*[120]. É o Rousseau do obstáculo, não o da transparência. É o Rousseau que por meio de Montaigne descobriu a figura do canibal, principalmente do antropófago ameríndio, que pratica uma modalidade de corrupção ou uma metamorfose das formas estranha à razão europeia.

Criticar Honneth, como às vezes se faz, salientando seu parentesco com a solução habermasiana baseada no universalismo jurídico, na razão procedimental, no transcendentalismo da linguagem e na antropologia do reconhecimento simplesmente inverte o alvo. Sua valorização ética da realização de si não é mais uma versão individualista do agir comunicativo, mas uma crítica da superestimação da força de Hobbes para a teoria social.

Todo o imenso trabalho de reler o jovem Hegel, efetuado em *Luta por reconhecimento*[121] e *Sofrimento de indeterminação*[122], a fim de recolocar o problema do reconhecimento como objeção crucial contra as leituras sistêmicas, judicialistas e "à direita" de Hegel é simplesmente derrogado pelo aparente otimismo contido na ideia de realização de si. Vida bem-sucedida, ou realização de si, não é uma versão entrópica do *self-made man* nem uma versão do tema do amor-próprio (amor de si) ou do egoísmo de corte liberal, mas um modo de articular o conceito de vida com o de reconhecimento. Também Freud[123] argumentava que a vida se realizaria de modo mais radical através da morte, que repetiria, assim, o trabalho da pulsão (*Wiederholungszwang*) como retorno a um estado anterior. Também a noção de *Lebenswelt* (mundo da vida) importada por Habermas de Husserl, possuía uma função crítica, que lhe permitia tematizar a perda da experiência como colonização do mundo da vida pela razão instrumental.

Penso que o problema não está na estratégia do argumento honnethiano, mas na figura tática que ele escolhe para dar sustentação experiencial à disposição para a realização de si, ou seja, Winnicott e sua teoria sobre a experiência primária de amor. A escolha, temos de reconhecer, não é de todo inadequada. Winnicott soube contornar muito bem o problema das gramáticas freudianas sobre o conflito, percebendo que tanto a sexualidade quanto a angústia inspiravam modelos de reconhecimento intersubjetivo, que acabavam por excluir o caráter produtivo da indeterminação. O autor de *Brincar e a realidade*[124] explora exatamente o valor constitutivo de experiências transicionais como experiências de indeterminação para a formação das relações básicas de segurança, confiança, curiosidade e espontaneidade – que na tradicional teoria psicanalítica das relações de objeto eram pensadas tomando por matriz experiências corretas de determinação. Essa inversão de estratégia tem outro corolário muito interessante: a teorização da incorporação dessas experiências de indeterminação em estruturas subjetivas baseadas na negatividade, como o falso *self*, a privação e a

função de ilusão, bem como em modalidades de intervenção que introduzem a indeterminação no interior da dialética do reconhecimento – *holding*, *handling*, apresentação de objeto, cuidado.

Finalmente, se quisermos discutir a anatomia dessa ideia em Honneth, teríamos de reencontrá-la em Winnicott. Aqui há terreno para objeções relativas ao entendimento ou à leitura que Honneth faz das experiências fundadoras de amor e segurança. Isso talvez seja consistente com o próprio autor de *A família e o desenvolvimento individual*[125], mas parece plenamente defensável argumentar que Lacan, por sua afinidade com a teoria do negativo, teria pensado a indeterminação e a realização de si como conceitos menos expostos ao vitalismo e ao essencialismo, afinal cernido por suas teses sobre o Real como figura da pulsão de morte e do mal-estar. O que encontramos em Winnicott é um modelo positivo e prescritivo do que seriam experiências constitutivas de saúde e normalidade psíquica. Ora, isso se ajusta às exigências de Honneth de encontrar uma teoria da constituição do sujeito que possua força normativa. O passo não necessário nessa operação é supor que esta normatividade deva ser positiva, amparada no fundo em uma teoria do desenvolvimento como progresso ou maturação. Entendemos que a teoria de Honneth teria encontrado em Lacan um conceito mais crítico de constituição do sujeito, igualmente dotado de aspiração normativa.

É isso que pretendemos fazer ao pensar o diagnóstico como reconstrução de uma forma de vida e ao investigar as relações entre o mal-estar (*Unbehagen*) e a produção dos sintomas. Se a teoria do mal-estar na civilização é no fundo a patologia freudiana do social, até agora sua ligação com variações, predominâncias e flutuações dos sintomas na cultura e na história tem sido feita de modo direto demais. Há inúmeros trabalhos de orientação psicanalítica que pressentem a importância das modificações nas formas de vida contemporâneas para as modalidades de sintoma. No entanto, a maior parte deles tenta realizar passagens diretas entre fatos sociais, como o declínio da função social da imago paterna, a expansão do capitalismo globalizado, a desorganização da família, a ascensão do consumo como modo de vinculação social, a feminilização da cultura, e assim por diante, e os novos sintomas em sentido clínico (depressão, pânico e anorexia). Isso em geral se faz acompanhar de movimentos de reinvenção da própria noção de sintoma em psicanálise, marcados pelo exagero das noções de *sinthome* ou de suplência em Lacan. Há um déficit histórico e antropológico nessas estratégias de leitura e atualização da diagnóstica psicanalítica. Falta a tais empreendimentos uma noção mais densa e conceitual do que vem a ser *sofrimento* para a psicanálise.

Mal-estar (*Unbehagen*) não indica algo transitório ou crônico e tratável como sintoma nem uma precariedade moral de circunstâncias como o sofrimento, mas uma condição, um modo de estar no mundo. Aliás, esse é o tema inicial do trabalho de Freud, "o sentimento de ligação indissolúvel, de copertencimento com o mundo exterior", este mundo do qual "não podemos sair"[126].

Se a dor (*Schmertz)* é tipicamente uma metáfora para os sintomas (dores da alma, *Seelen Schmertz*), os desenganos refletem nossos ideais, função na qual se medem nossos sofrimentos; o mal-estar está bem representado pelas tarefas insolúveis. Freud menciona três delas: governar, educar e analisar. Todas referem-se ao tratamento do mal-estar, ou seja, à tentativa de aparelhar o que é impossível pela natureza mesma, indeterminada, daquilo sob o qual se detém. Governar, educar e psicanalisar são desafios, de fato, mas, ao dizê-los impossíveis, só fazemos garantir prematuramente que sejam reais[127]. Se Freud atribui essa indeterminação à pulsão de morte, Lacan tem outro nome para isso que não se integra a uma lógica da identidade e, portanto, resiste à gramática social do reconhecimento. Trata-se do gozo.

No início de seu seminário *A ética da psicanálise*, Lacan[128] elenca três ideais com relação aos quais o psicanalista deveria estar advertido em sua prática: o ideal do amor humano concluído, o ideal da autenticidade e o ideal da não dependência. Ou seja, formações traiçoeiras, pois, longe de representar o horizonte da cura psicanalítica, compõem a substância patológica da modernidade. A corrupção da identidade em animalidade, a degradação da autonomia em heteronomia, bem como o deslocamento da autenticidade para a impessoalidade[129] exprimem bem as consequências e o espaço do patológico delineado pela diagnóstica da modernidade.

Do alienismo à psicopatologia

Ordem (*mâthésis*) e classificação (*taxonomia*) são dois princípios que organizam a racionalidade moderna e que se cruzam no diagnóstico dos sintomas. Quando queremos agrupar elementos simples, cuja regra de reconhecimento é o conjunto, recorremos ao método da *mâthésis*, composto principalmente de álgebra e suas variações. Quando queremos organizar entidades complexas, cuja regra de reconhecimento é a classe, recorremos ao método da *taxonomia*, que é fundamentalmente descrição comparativa do funcionamento de sistemas de signos[130]. Conflito e significação estão para o método ordinal assim como função e norma estão para o método cardinal das classificações. Vê-se, assim, que o princípio da *ordem*, em que se levam em conta as relações de causa, negação e determinação, assim como o da *classificação*, em que se levam em conta noções como as de gênero, tipo e classe, não são contraditórios, mas articulam-se em saberes, disciplinas e práticas na construção de seus métodos tendo em vista os objetivos clínicos da psicopatologia. A ideia de estrutura clínica depende da articulação desses dois princípios.

Ordenar e classificar são também as duas operações que compõem a leitura diagnóstica da estrutura do sintoma. O termo grego *diagnosis* retém essa duplicidade: separar e decidir (*diagnostiko*), deliberar e escolher (*diagnome*), perspicácia e atenção (*diagnomon*), reconhecer e fazer conhecer (*diagnorizo*)[131]. Observe-se como, nos cognatos, há oscilação entre verbos que denotam ações nominativas e verbos que evocam gestos pragmáticos. A cada momento do processo diagnóstico, é preciso registrar, observar e qualificar signos a fim de reconhecer sua relevância, verificar se eles se incluem na classe dos signos que importam para a ação clínica, ou seja, signos que possuem covariância e homogeneidade com as hipóteses etiológicas, com o sistema diagnóstico e, principalmente, com a responsividade terapêutica. A diagnóstica começa pela semiologia e pela restrição de uma classe de signos – incluir ou excluir signos de tal maneira que estes possam ser lidos como sintomas, como traços, como marcas, como inibições. Sintomas positivos assinalam a produção de um signo específico. Sintomas negativos assinalam a ausência ou a perda de função de um signo esperado. A identificação de classes depende do ordenamento dos signos, ou seja, da escolha do tipo de articulação que um signo apresenta, a cada momento, com outros signos[132]. Compreendem-se, assim, as três modalidades principais do diagnóstico:

1. *diagnóstico diferencial*, que estabelece a classe na qual se inclui o signo, em sua diferença e semelhança específica para como outras classes ou famílias;
2. *diagnóstico evolutivo*, que capta a ordem de aparição e a importância das simultaneidades entre os signos presentes e ausentes;

3. *diagnóstico etiológico*, na medida em que articula ordem e classe de modo a hipotetizar e verificar a causa, a gênese ou a razão que agrupa e ordena os diferentes sintomas.

Há uma diferença substancial entre diagnóstico psicanalítico e diagnóstico em medicina. Em psicanálise, o diagnóstico não se baseia apenas em signos que representam algo para alguém – conforme a definição peirceana de signo –, mas na estrutura da cadeia significante, que também é articulada pela relação entre ordem e classe. E a estrutura da cadeia significante reserva um lugar para a divisão do sujeito, o que autoriza um diagnóstico que se concentra nesse aspecto. No entanto, a relação entre o sujeito e o significante precipita uma economia de satisfação ou de gozo, o que levanta uma terceira dimensão do diagnóstico em psicanálise. Finalmente, a cadeia significante, o sujeito e o gozo precisam se atualizar em uma relação e em uma fala concretas, chamadas transferência, para que o diagnóstico seja possível.

O psicanalista não é um linguista nem um fonoaudiólogo, menos ainda um psicolinguista. Sua leitura do significante, do traço, da letra ou do número orienta-se para efeitos pragmáticos que visam a reverter o sintoma, reduzir o sofrimento que ele impinge e extrair a verdade do mal-estar no qual ele se apresenta. O diagnóstico psicanalítico está para o ato poético assim como o diagnóstico médico está para a gramática ou para a semântica. O poeta visa a obter certos efeitos, contando com os recursos da língua; o linguista visa a descrever a estrutura e o funcionamento da língua, o psicanalista quer produzir determinada experiência de cura com seu analisante.

Se o ato diagnóstico da psicanálise se completa na estrutura da transferência, não seria porque o que ele diagnostica é essa transferência ela mesma? O ato diagnóstico não pode ser dissociado da ambição terapêutica. Ao introduzir ou reposicionar significantes para estados até então não formulados do espírito, segundo a antiga tese do psicanalista como xamã moderno[133], este imediatamente transforma o estado da situação. É essa também a ambição do crítico social e do teórico da cultura: tornar o diagnóstico parte da coisa tratada. Uma vez que seu ato incide sobre a estrutura mesma do que ele versa, em relação à linguagem, de conflito e de relação, como seria possível separar o ato diagnóstico da história de suas incidências e de seus efeitos no tratamento?

A dimensão epistemológica desse problema é muito clara. A estrutura é um método e um conceito forjados para evitar o raciocínio historicista, o que não deve ser confundido com a ideia de evitar a história. A estrutura é, por assim dizer, o avesso da história, mas o avesso que lhe é inerente na composição do Real.

O primeiro momento na história da clínica moderna é marcado pela figura de Pinel (1745-1826) e pela ascensão do alienismo, no qual se verifica a passagem da loucura da condição de problema moral para questão de natureza médica. É também nesse período que a internação muda de sentido, deixando de ser um procedimento de recolhimento e controle da periculosidade e passando a ser um dispositivo de tratamento por isolamento. O alienismo é impensável sem a Revolução Francesa e o ideal de um homem político, laico e capaz de bom uso da razão. Nesse contexto, a educação torna-se um tema cada vez mais premente. Auguste Pinel e seus discípulos estavam convencidos das vantagens do governo interior e da educação moral, introduzidas e observadas entre os internos de Bicêtre por seu auxiliar Pussin (1746-1811) e disseminadas em Salpêtrière ao longo do século XIX.

O programa de Pinel exigia rígidas separações entre os internos no hospital de Bicêtre – os loucos furiosos deviam ser separados dos loucos tristes, as condições derivadas de lesões anatômicas

precisavam ser isoladas dos quadros morais. Tais distinções quanto às causas e os tipos de loucura deveriam ser conjugadas com uma transformação da atitude repressiva, de confinamento e contenção física, própria da punição aos criminosos, pela disposição de compreensão, pela tentativa de curar a loucura por meio do tratamento moral e pela proposição de certas experiências de reconhecimento, quer da racionalidade do delírio, quer das razões do delirante. A clínica dos alienistas é, sobretudo, uma clínica médico-filosófica, inspirada pelo valor igualitário e libertador da razão no contexto da Revolução Francesa. Podemos dizer que o alienismo começa com o ato simbólico e mítico de Pinel libertando os acorrentados ou com a publicação em 1800 de seu *Tratado médico-filosófico sobre alienação mental ou mania* e termina com a primeira edição do *Compêndio de psiquiatria*, publicada em 1883 por Emil Kraepelin (1956-1926).

O segundo momento na história da patologia mental pode ser caracterizado pela integração do método clínico ao projeto alienista entre os herdeiros de Pinel na França e de William Tuke (1732-1822) na Inglaterra. Eles foram responsáveis pela passagem do hospício como lugar de asilo, no qual o louco vivia uma experiência semelhante à do exílio, para o hospício como lugar de observação, no qual o doente mental vivia uma experiência de isolamento e tornava-se gradualmente um desafio para a ciência. Esse isolamento propiciou a aparição e a relevância do caso clínico. Antes havia relatos de episódios, momentos intensos ou traços repetitivos da insânia, depois o enfermo passou a ter uma história individualizada, que se confundia com a história de sua doença. Por isso esse é considerado o período de ouro da clínica clássica. Nele vigora o ideal de observação rigorosa, de ligação entre ordem dos sintomas e classes de doenças, por meio da qual a semiologia das doenças mentais poderia ser descrita como um tipo específico de transtorno cerebral, quer ao modo das síndromes neurológicas ou demências, quer seguindo o modelo etiológico das catatonias sifilíticas ou das epilepsias.

Na França, Esquirol, aluno de Pinel, cunhou o termo "alucinação", separando pela primeira vez as demências (doença mental) das amências (deficiência mental). Jean Itard, outro aluno de Pinel, dedicou-se ao experimento vivo que consistiu em tentar educar o menino lobo achado nas selvas de Aveyron. Seu experimento derivava de uma dúvida diagnóstica: teria ele sido abandonado por ser pouco inteligente ou teria sua inteligência se embotado pela ausência de linguagem, uma vez que lhe faltara a convivência com outros humanos? Em 1851, Jean-Pierre Falret, aluno de Esquirol, descreveu a loucura circular, precursora da psicose maníaco-depressiva, atual transtorno bipolar. Morel, também pertencente à escola de Salpêtrière, começa a combinar as descrições psiquiátricas com hipóteses antropológicas e justificações de natureza neurológica. Mas é apenas com a geração de Louis Jules Ernest Séglas (1856-1939) e Jean-Martin Charcot (1825-1893) que se fundam as bases da psicopatologia clínica francesa. Esse movimento caracteriza-se pela descrição de quadros cada vez mais distintos e separados em relação a sua semiologia e sua diagnóstica. Tipos de delírio, formas de alucinação, estigmas, sintomas negativos (nos quais se perde uma função ou uma capacidade) e positivos (no quais se produz um novo comportamento ou uma nova disposição) fazem com que a antiga tentativa de entender a loucura como fenômeno global seja substituída pelo esforço por construir uma ordem e uma classe dos signos do patológico.

Também é nesse período que a psiquiatria alemã começa a ganhar impulso. Em 1899 aparece a sexta edição clássica do tratado de Emil Kraepelin. Ao lado da escola de Heidelberg (Willy Mayer-Gross, Kurt Schneider) e da escola de Zurique (Eugen Bleuler, Carl G. Jung), a escola de Munique, à qual pertenciam Kraepelin e Ernst Kretschmer, formaram o solo fecundo da psicopatologia alemã. Pela primeira vez os grandes grupos da psicopatologia são reunidos levando em conta distinções que,

de certa forma, permanecem até hoje como modalidades de pensamento diagnóstico em sua relação com a etiologia. Ao contrário da tradição francesa, que entendia, predominantemente, a doença mental como uma expansão da constituição, apoiando-se para tanto em uma antropologia das disposições de personalidade, a tradição germânica dominante supunha que a doença mental devia ser entendida como um processo rigorosamente semelhante a um adoecimento, no qual era preciso distinguir esse processo orgânico das reações, das interpretações e das autocompreensões que a personalidade desenvolvia para lidar com ele. Por isso é a sociologia, e não a antropologia, que surge como melhor instrumento teórico para explicar o tipo socialmente construído ou determinado de "reatividade ao patológico". Ali onde os franceses localizam uma causalidade social (geralmente naturalizada e moralizada), os alemães postulam uma "modulação" ou uma "expressividade" social das "formas" do patológico. Para os germânicos, há uma só natureza do patológico, que se expressa culturalmente de várias maneiras, ao passo que para os franceses há diferentes formas do patológico, que se unificam em uma mesma origem socialmente naturalizada. Essa oposição se apresenta em diferentes raciocínios diagnósticos e quadros paradigmáticos que compõem o debate psicopatológico da virada do século XIX.

Ora, eventualmente, a concorrência entre modelos psicopatológicos poderia ser explicada pela diferença de narrativas de referência para exprimir e reconhecer o sofrimento mental – alienação, dissolução da unidade de si, intrusão de um processo mórbido sentido como automático e violação das formas de contrato ou pacto social não são apenas hipóteses etiológicas concorrentes, mas maneiras distintas de narrativizar o sofrimento. Se isso é correto, poderíamos entender o sucesso da psicopatologia psicanalítica, junto à psiquiatria, pelo menos até os anos 1950, como o sucesso de integrar e articular as diferentes narrativas de sofrimento. Vejamos sinteticamente como isso pode ser mostrado na evolução da obra de Freud e nas transformações de sua diagnóstica.

A determinação da neurose como estrutura decorrente do trauma sexual liga-se à neurose como dispositivo de divisão e alienação do sujeito particularmente entre os anos 1894 e 1905. Aqui as *psiconeuroses de defesa* (histeria, neurose obsessiva, fobia e paranoia) opõem-se às *neuroses atuais* (neurastenia, hipocondria e neurose de angústia). Isso sem mencionar a histeria de retenção, ou a histeria hipnoide, que opunha Freud e Breuer como paradigma para *Estudos sobre histeria*. Contudo, a maior parte dos casos discutidos corresponde aos tipos combinados, ou neuroses mistas. Isso decorre da dificuldade que o modelo apresenta para interpretar a origem do sintoma da angústia. Ou seja, já na primeira partilha diagnóstica freudiana este não consegue estabelecer tipos puros.

> O ponto de vista que se segue, portanto, parecia ser o mais provável. As neuroses que comumente ocorrem devem ser classificadas, em sua maior parte, de "mistas". A neurastenia e as neuroses de angústia são facilmente encontradas também em formas puras, especialmente em pessoas jovens. As formas puras de histeria e neurose obsessiva são raras; em geral, essas duas neuroses combinam-se com a neurose de angústia. A razão por que as neuroses ocorrem com tanta frequência é que seus fatores etiológicos se acham muitas vezes entremeados, às vezes apenas por acaso, outras vezes como resultado de relações causais entre os processos de que derivam os fatores etiológicos das neuroses.[134]

Um trabalho crucial para entender esse primeiro modelo metapsicológico das neuroses é *Psiconeuroses de defesa* (*Abwehr-Neuropsychosen*). Seu subtítulo já indica a precariedade da generalização postulada: *ensaio (Versuch) de uma teoria psicológica da histeria adquirida, de muitas fobias (vieler Phobien) e representações obsessivas (Zwangvostellungen) e certas psicoses alucinatórias*. Ou seja, tratava-se apenas de uma classe das histerias, as adquiridas, excluindo-se as hereditárias, *muitas fobias*, mas não *todas*, e *muitas* das representações obsessivas. Ou seja, a neurose obsessiva é tomada aqui por seu sintoma mais significativo, a obsessão, e não como estrutura que agrega todos os sintomas sob uma causa comum. Prova disso é a ostensiva indeterminação da relação entre causa traumático-sexual e efeito sintomático, uma vez que o mesmo evento:

> [...] levou a várias reações patológicas que produziram ou a histeria, ou uma *obsessão* ou uma psicose alucinatória. A capacidade de promover um desses estados – que estão todos ligados a uma divisão da consciência – através de um esforço voluntário desse tipo deve ser considerada como manifestação de uma disposição patológica, embora esta não seja necessariamente idêntica à "degeneração" individual ou hereditária.[135]

Finalmente, inclui-se na classe das psiconeuroses, as psicoses alucinatórias, derrogando a oposição, posteriormente consolidada, entre neurose e psicose. A condição de formação de signos patológicos é a divisão da consciência, mas ela mesma não explica por que temos um ou outro tipo de sintoma. Não é a separação da libido ou a formação de um grupo psíquico separado que explica o sintoma, mas o destino da libido, o retorno do que foi apartado. É possível argumentar que nesse primeiro momento Freud se utiliza sistematicamente de noções como a etiologia da neurose, o *proton pseudos* histérico, o trauma originário, o núcleo patógeno, porque seu paradigma narrativo presume que o sofrimento decorre da aparição de um objeto intrusivo, aqui representado pela sexualidade. Esse é o protótipo realista ou a fantasia de sedução que constitui falso início (*proton pseudos*) da histeria. Uma situação ou uma cena que é lembrada mais tarde como um encontro prematuro, em um momento em que o aparelho psíquico ainda não se encontrava "preparado" para tramitar ou simbolizar tamanho montante de intensidade libidinal. Essa sobrecarga, gerada pelo despreparo ou pela inadvertência do psiquismo histérico, sempre colhe o sujeito em posição passiva, ao contrário da neurose obsessiva, na qual ele aparece em posição ativa.

As neuroses são um caso ampliado dessa intrusão, por isso são definidas pela defesa contra ideias inconciliáveis (*Unverträglich*) que ocasionam uma divisão psíquica (*Spaltung*), a qual separa os afetos de suas representações, gerando um recalcamento (*Verdrängung*) cujo retorno deformado, quer no corpo, quer em ideias substitutivas ou objetos, forma sintomas. Acresce esse modelo o caso de uma "modalidade defensiva *muito mais enérgica e bem-sucedida*, que consiste na foraclusão (*Verwerfen*) da representação insuportável junto com o afeto e se comporta *como se a representação nunca houvera acontecido*"[136].

Essa afirmação encontra-se em contradição com outra, do próprio texto, segundo a qual o aparelho psíquico não pode tomar qualquer experiência como se tivesse sido "*non arrivé* " (não acontecido). Temos, então, a seguinte distribuição diagnóstica (na qual se verifica que a grande oposição se dá entre psiconeuroses de defesa e neuroses atuais):

NARRATIVA DO OBJETO INTRUSIVO

Neurose como divisão da consciência (1894-1905)	Psiconeuroses de defesa	Neuroses atuais
Amentia (Meynert)	Histeria Neurose obsessiva Fobia Paranoia	Neurose de angústia Neurastenia Hipocondria
Psicastenia (Janet) Neurastenia (Beard)	Histeria de retenção (Breuer) Histeria hipnoide (Breuer) Histeria traumática (Charcot)	Neurose mista

Entre 1905 e 1914, esse modelo é substituído pela hipótese de que a neurose pode ser melhor compreendida como recalque da infância, período em que se dão as experiências traumáticas. Desloca-se a força determinativa do acontecimento para sua lembrança e da sexualidade para sua fantasia. Esse período compreende a redescrição das modalidades pulsionais de organização em relação com as possiblidades de desvio de objeto, de objetivo, de fixação ou de regressão da pulsão. A neurose é cada vez mais aproximada de formações narrativas como teorias sexuais infantis[137], romance familiar do neurótico[138] e práticas religiosas[139]. É assim que a neurose aparece como um dispositivo de defesa contra o desejo inconsciente, uma forma de negação simbólica que se articula com o caráter, como identificações abandonadas, bem como as exigências narcísicas feitas pelos sintomas.

Na apresentação do caso do Homem dos Ratos, encontramos um uso raro da noção de estrutura por Freud.

> Confesso que até hoje não consegui penetrar acabadamente na complexa montagem de um caso grave de neurose obsessiva, e que na exposição da análise não seria capaz de evidenciar para outros, através das justaposições do tratamento, essa estrutura discernida analiticamente, ou vislumbrada.[140]

Ou seja, há um discernimento analítico da estrutura, que se pode obter no contexto de uma neurose grave como essa. E esse discernimento não se separa das justaposições envolvidas no tratamento. É nesse momento que Freud usa a própria metáfora dos usos da linguagem para designar o parentesco entre neurose obsessiva e histeria.

> O meio pelo qual a neurose obsessiva expressa seus pensamentos secretos, a linguagem da neurose obsessiva, é, por assim dizer, um dialeto da linguagem histérica, mas em relação ao qual se deveria conseguir mais facilmente empatia, pois se aparenta mais com o dialeto histérico do que com nosso pensar consciente.[141]

Há, então, três termos de comparação, o nosso "pensar consciente" ordinário e comum, ao qual a neurose obsessiva se assemelha, e depois há o parentesco que torna a neurose obsessiva um dialeto da língua fundamental da neurose que seria a histeria.

No entanto, com a descoberta do narcisismo, em 1911, e a importância crescente atribuída ao problema da gênese e das perturbações do eu, Freud passa a deslocar-se no pantanoso terreno das psicoses. No período de sua mais estreita colaboração com Jung e Bleuler, no contexto da escola Suíça de psiquiatria, as ideias diagnósticas de Freud, como a noção de divisão (*Spaltung*), de regressão e de fixação, começam a ser importadas para a descrição do quadro esquizofrênico e do autismo, derivado do autoerotismo. Tal desenvolvimento tem por oposição a escola psiquiátrica de Munique, liderada por Kraepelin, na qual o entendimento das formas psicopatológicas está muito mais perto do conceito de *doença* do que da noção de *estrutura de linguagem*. Unindo as duas vertentes, encontra-se a noção de defesa (*Abwehr*) a partir da qual as diferentes patologias poderiam ser comparadas.

Alteram-se, então, as oposições diagnósticas. As *neuroses de transferência* (histeria de conversão, neurose obsessiva e histeria de angústia) opõem-se às n*euroses narcísicas* (parafrenia, paranoia, esquizofrenia e melancolia). A primeira acepção enfatiza a neurose como narrativa de alienação, de identificação, de transferência e repetição ao outro. Já a segunda definição enfatiza a gênese do eu, suas regressões e suas fixações ao modo de defesas evolutivas ou involutivas. Registremos que a primeira acepção enfatiza a linguagem e a memória, a segunda, o tempo e suas modulações. Articulando ambas as versões de neurose, encontramos a noção de fantasia. É por isso que uma das definições mais amplas e recorrentes de neurose, nesse período, afirmará que "as neuroses são, pode-se dizer, o negativo das perversões"[142].

A definição da neurose como defesa contra a fantasia perversa gera um sério inconveniente para a própria definição de perversão, uma vez que esta corresponderia ou a um conjunto de disposições que "realizam" fantasias neuróticas ou a um conjunto de comportamentos que se deduzem da normalidade genital, violando o princípio propriamente diagnóstico da psicanálise. Ora, isso introduz uma disparidade óbvia na noção de estrutura quando aplicada entre neurose e psicose e quando aplicada entre neurose e perversão. Nesse sentido, as narrativas do trauma e da alienação da alma são simplesmente dispensáveis para definir a perversão. A teoria da defesa é, no fundo, uma concepção mais genérica do que a ideia de trauma, que depende de uma narrativa ligada à alienação da alma, mas agora conjugada com a concepção que busca uma etiologia dos sintomas baseada no modelo de um elemento intrusivo, uma alteridade que não pode ser reconhecida pelo próprio aparelho psíquico que dele se defende. Por isso ela é pensada segundo atos de negação, de operações de retorno do recalcado, de divisões e recomposições sintomáticas da subjetividade.

Temos aqui o cruzamento entre a experiência infantil do drama edipiano e o mito moderno formulado por Freud em *Totem e tabu*[143]. O pai aterrador e indutor de angústia confunde-se temporal e narrativamente com o pai ancestral canibalizado e totêmico. Aqui a neurose poderia ser redescrita como uma operação de reconstituição da força simbólica da paternidade, derrogada pela hostilidade produzida pelo drama infantil. Em "Análise da fobia de uma criança de cinco anos (o caso do pequeno Hans)"[144], a função do pai passa a ser decisiva. A teoria do Édipo e de seu complexo nuclear de castração nos remete ao conflito cruzado envolvendo atos de escolha de objeto e de reformulação de identificações. Seu referente é a angústia como articulador da falta entre objeto e identificação, entre imaginário e simbólico. As oposições entre narcisismo e amor de objeto são

tematizadas no âmbito da noção de lei simbólica (ofensa corporal, perda de amor, diferença entre os sexos).

O esquema etiológico se multiplica. As acepções de neurose variam segundo sua incidência no tempo (fixação, regressão, retenção) e na linguagem (mito, teoria, romance). A *neurose infantil* é um momento estruturante da experiência infantil associável ao complexo de Édipo, definida como o negativo da perversão, exprimindo ainda uma ligação regular entre sintomas e fantasias. Essa acepção de neurose deve ser distinguida e conectada com a *neurose desencadeada no adulto* – produção de novos sintomas a partir da reativação da neurose infantil. Ligando as duas apresentações temporais da neurose, encontramos a *neurose de transferência* como reprodução artificial e miniaturizada da neurose no interior do tratamento psicanalítico dos sintomas que assim podem ser tratados. Agora a oposição diagnóstica decisiva passa a ser entre as neuroses que fazem transferência e as neuroses que fracassam em investir objetos substitutivos na fantasia.

NARRATIVA DA PERDA DA ALMA (ALIENAÇÃO)

Neurose como recalque da sexualidade infantil (1905-1914)	**Neuroses de transferência**	**Neuroses narcísicas**
Perversão	Histeria de conversão Neurose obsessiva Histeria de angústia (fobia) Neurose infantil	Esquizofrenia (parafrenia) Paranoia (parafrenia) Melancolia

Entre 1915 e 1924, a neurose é reconsiderada com a hipótese ascendente da violação do pacto edipiano e a correlativa emergência da angústia. A retomada da teoria do trauma e a reconsideração da gênese da angústia levam Freud a redescrever o conflito edipiano, agora com a ênfase em um tipo especial de angústia, a angústia neurótica. O processo de indução da culpa e da ampliação da angústia, antes pensado como efeito do fracasso circunstancial do recalcamento, é agora reformulado como a causa do recalque. Uma encruzilhada capital para esse giro narrativo em Freud é o caso do Homem dos Lobos[145]. A investigação cerrada e detalhadamente reconstrutiva sobre sua neurose infantil, de natureza fóbica, contrasta com sintomas de neurose obsessiva na vida adulta e a aparição de uma paranoia hipocondríaca no período pós-tratamento. Nele se cruzam a hipótese da sedução infantil, a fantasia de castração (cena primária) e as vicissitudes da fixação e da regressão ao erotismo anal. O tema do pacto edipiano e de sua violação dominam toda a apresentação narrativa do caso. Aqui se multiplicam as imagens sobre as vassalagens do eu (entre realidade, supereu e id), das múltiplas procedências da angústia (perda de amor, ameaça real, castração), das várias procedências da resistência e do compromisso entre exigências múltiplas.

> A neurose é extraordinariamente rica em seu conteúdo, pois abarca os vínculos possíveis entre o eu e o objeto, tanto aqueles que este conserva como outros, a que ele renuncia ou erige em seu interior, e assim também os vínculos conflitivos entre o eu e seu ideal de eu.[146]

Na verdade, a violação do pacto edipiano reúne a narrativa da alienação da alma (identificações, crises narcísicas e escolhas de objeto) com a narrativa da intrusão do objeto mórbido (trauma, sexualidade e angústia de castração), adicionando explicitamente um novo ingrediente: o processo de socialização do sujeito. As duas narrativas anteriores são casos particulares, ou restritos, de um processo mais geral, que definiria a neurose como bloqueio de relações de reconhecimento. O ponto-chave para essa mudança é a introdução do supereu, em 1923, como operador da lógica das trocas, dos compromissos, dos dons e dos sacrifícios para o sujeito. Essa ideia de troca, compromisso e substituição será amplamente empregada para definir a neurose em contraste com a psicose.

> [...] na psicose à fuga inicial segue uma fase ativa de reconstrução; na neurose, a obediência inicial é seguida por uma posterior (*nachträglich*) tentativa de fuga. [...] A neurose não desmente a realidade, limita-se a não querer saber nada dela; a psicose a desmente e procura substituí-la, [...] assim, para ambas não conta apenas o problema da perda da realidade, senão o substituto da realidade.[147]

Isso altera substancialmente a economia das oposições diagnósticas. As neuroses de defesa (histeria, neurose obsessiva, fobia) opõem-se externamente às neuroses narcísicas e internamente aos subtipos de neuroses definidas como grupo de sintomas (neurose traumática, neurose de guerra, neurose de destino, neurose de caráter). Aqui as relações comparativas parecem se estabilizar, mas talvez isso ocorra porque Freud procura elementos conceituais que explicam a multiplicação de suas oposições clínicas. Para além das oposições inicialmente descritas entre regressão e fixação ou entre negação e aceitação, agora se incluem as oposições entre masculinidade e feminilidade, atividade e passividade, realidade e fantasia, fálico e castrado, sadismo e masoquismo: "Só se pode apreciar retamente a significatividade do complexo de Édipo [na determinação da neurose] se, por sua vez, levamos em conta sua gênese da fase do primado do falo"[148].

As neuroses atuais são integradas ao estatuto de sintomas preferenciais das neuroses estruturais, a histeria com a neurose de angústia, a neurastenia com a neurose obsessiva e a hipocondria é assimilada à paranoia. De novo, é o complexo de Édipo, entendido como um sistema de trocas e equivalências simbólicas, que explica a aptidão para uma ou outra prática sexual no quadro da relação entre frustração, renúncia e castração.

Do ponto de vista narrativo, a neurose é aproximada da antiga relação religiosa com os demônios.

> Não precisamos ficar surpresos em descobrir que, ao passo que as neuroses de nossos pouco psicológicos dias de hoje assumem um aspecto hipocondríaco e aparecem disfarçadas como enfermidades orgânicas, as neuroses daqueles antigos tempos surgem em trajes demoníacos.[149]

Essa relação, estudada no artigo citado anteriormente, é mediada por um pacto. Um contrato no qual o demônio recebe a alma do contratante e em troca lhe oferece serviços para seu desejo. Ganha nova importância a noção de séries complementares, por meio da qual um fator etiológico é

compensado pela emergência proporcional de outros. Portanto, a narrativa do pacto não se dá apenas intersubjetiva, mas também intrassubjetivamente. A articulação entre conflitos postos em uma espécie de hierarquia, centralizada pelo Édipo, dentro deste, pelo falo e, ainda em seu interior, pelo complexo de castração, explica a profunda afinidade desse momento narrativo com a sedimentação das oposições diagnósticas, em especial entre neurose e psicose. "A neurose é o resultado de um conflito entre o eu e seu id, enquanto a psicose é o desenlace análogo de uma similar perturbação nos vínculos entre o eu e o mundo exterior."[150]

Do ponto de vista dos tipos interiores à neurose, este é também o período em que se multiplicam as formas de neuroses não clássicas, definidas por grupos de sintomas mais ou menos estáveis, mas sem forte correlação estrutural.

NARRATIVA DA VIOLAÇÃO DE UM PACTO

Neurose como complexo edipiano (1914-1924)	Neurose como estrutura	Neurose como grupo de sintomas
Psicose Paranoia Esquizofrenia Melancolia	Histeria Neurose obsessiva Fobia	Neurose de angústia Neurastenia Hipocondria Neurose traumática Neurose de guerra Neurose de destino Neurose de caráter

Finalmente, no período que vai de 1924 a 1939, o paradigma causal se altera, assumindo o processo de fusão e desfusão das pulsões, com a correlata clivagem do eu, a tarefa de conciliar na estrutura dos sintomas o eu. Aqui a neurose é considerada como repetição, perda e recomposição de unidade.

> O superego surge de uma identificação com o pai [...] cuja consequência é a dessexualização ou sublimação da atividade pulsional propiciando uma desfusão. Desse modo, o componente erótico não é capaz de unir a agressividade que anteriormente encontrava-se combinada fazendo com que esta seja liberada sob a forma de uma inclinação à agressão e à destruição. Essa desfusão seria a fonte do caráter de severidade do superego.[151]

Lembremos que a partir de *O mal-estar na civilização* é a força e a severidade do supereu que determinam quantitativamente a força e a intensidade dos sintomas e da culpa. Depois do Édipo, a autoridade internalizada forma o supereu, este se transforma em consciência ou sentimento de culpa, que surge como uma "permanente infelicidade interna". Culpa e angústia são resultado de uma renúncia (*Versagung*) pulsional, a mais originária, em consequência do medo da agressão externa e, posteriormente, do medo da autoridade interna representada pelo supereu.

Se a dissolução da unidade é explorada do ponto de vista da pulsão pelas combinações e pelas desfusões, ainda que sublimatórias, entre pulsão de morte e pulsão de vida, o estudo comparativo da neurose desloca-se da psicose para a perversão. E, de fato, é na perversão que encontramos uma série de fenômenos clínicos ligados à produção de excessiva unidade da meta pulsional (fixação) ou de seu objeto (fetichismo).

> Os fatos dessa cisão do ego (*Ichspaltung*) que acabamos de descrever não são tão novos ou estranhos como podem parecer a princípio. Ela é, na verdade, uma característica universal da neurose que está presente na vida mental dos sujeitos e que se relaciona a um comportamento peculiar, a duas atitudes diferentes, contrárias entre si e independentes uma da outra.[152]

Trata-se, portanto, de outra narrativa de sofrimento, ou seja, aquela que se organiza em torno da perda da relação entre as partes e a unidade, dissolução da identidade pela diferença, corrupção do espírito e de suas funções. Nesse ponto, as neuroses como estrutura (histeria, neurose obsessiva e fobia) são opostas às psicoses (esquizofrenia, paranoia e melancolia). Contudo, a ênfase é colocada em processos, inicialmente descritos para a perversão (*Verleugnung*), que permitem explicar tanto fenômenos psicóticos (alucinação negativa) quanto sintomas neuróticos (clivagem do eu).

> A função sintética do eu, que possui uma importância tão extraordinária, tem condições particulares e sucumbe a toda uma série de perturbações. [O fetiche] não contrariou simplesmente sua percepção, ele não alucinou um pênis ali onde não via nenhum, somente empreendeu um deslocamento (descentramento) de valor, transferindo o significado do pênis para outra parte do corpo.[153]

Portanto, é tanto a síntese do eu quanto a síntese das pulsões, enquanto tendência de Eros a produzir unidades e ligações, que se veem questionadas. Já em *Inibição, sintoma e angústia*, de 1926, Freud havia verificado essa disparidade entre os processos indutores de sintoma e indutores de angústia. Porém, naquela ocasião, a solução foi tentar descrever uma espécie de tipologia da angústia. Depois de 1924, parece surgir um novo entendimento etiológico de neurose, agora baseado nas articulações problemáticas entre masoquismo e narcisismo, bem como nas relações de fusão e de desfusão entre as pulsões, notadamente a pulsão de morte. Senão, vejamos: não é que a realidade perdida na psicose seja conservada na neurose, sua perda é comum a ambas, ainda que não da mesma forma. Contudo, a perda da realidade, antes tratada como um assunto de negociação e substituição, agora é questionada mais radicalmente do ponto de vista de sua suposta e dada unidade. Novamente encontramos a narrativa hobbesiana do choque com o perigo e da lei como proteção contra a dissolução de si.

> Assim o perigo de desamparo psíquico é apropriado ao perigo de vida quando o ego do indivíduo é imaturo; o perigo da perda de objeto, até a primeira infância, quando ele ainda se acha na dependência de outros; o perigo de castração, até a fase fálica; e o medo do seu superego, até o

período de latência. Não obstante, todas essas situações de perigo e determinantes de ansiedade podem resistir lado a lado e fazer com que o ego a elas reaja com ansiedade num período ulterior ao apropriado; ou, além disso, várias delas podem entrar em ação ao mesmo tempo. É possível, além disso, que haja uma relação razoavelmente estreita entre a situação de perigo que seja operativa e a forma assumida pela neurose resultante. Quando, numa parte anterior desta apreciação, verificamos que o perigo da castração era de importância em mais de uma doença, ficamos alerta contra uma superestimativa desse fator, visto que ele poderia não ser decisivo para o sexo feminino, que indubitavelmente está mais sujeito a neuroses do que os homens.[154]

Assim como em *O mal-estar na civilização*, a neurose será repensada a partir dos processos de culpa e de masoquismo, internos à disjunção entre a pulsão de morte e de vida e o retorno da agressividade contra o próprio eu. O eu se defende colocando-se de forma masoquista como um objeto para o sadismo do supereu. Essa é a fórmula não da indução de sintomas, mas da explicação de por que certos sintomas causam maior ou menor sofrimento. Aparentemente, Freud intui a força do mal-estar na civilização como um paradoxo de nomeação, que, ao reduzir o sofrimento, permitindo técnicas para mitigá-lo, acaba produzindo novas regras e imposições ao eu, aumentando, assim, seu sofrimento. Disso decorre que a neurose deixa de ser comparada apenas com outras estruturas clínicas e é abordada também como uma técnica para evitar o sofrimento.

NARRATIVA DA DISSOLUÇÃO DA UNIDADE DO ESPÍRITO

Neurose como repetição (1924-1939)	**Neurose**	**Psicose**	Perversão
	Histeria	Esquizofrenia	Masoquismo
	Neurose obsessiva	Paranoia	Sadismo
	Fobia	Melancolia	Fetichismo

Portanto, cada deslocamento da ênfase clínica correlaciona-se, de fato, com uma reformulação da diagnóstica freudiana da neurose. As alterações do tipo de narrativa de sofrimento que Freud adota em cada momento produzem transformações metapsicológicas e, ao mesmo tempo, são produzidas por elas.

Percebe-se, assim, as profundas reorganizações das relações de ordem e classe atinentes ao uso da noção de neurose em Freud. Elas não são constantes nem concordantes; sua nomeação sofre uma variação profunda conforme o princípio causal que se lhe atribua. Contudo, tal variância pode não ser um problema a ser resolvido de forma nominalista pela fixação do sentido convencional de neurose. Essa flutuação é exatamente o que permite entender como diferentes paradigmas narrativos condicionam a diagnóstica freudiana muito além de uma acumulação de resultados. A distinção entre mal-estar e sofrimento, pouco tematizada nos primeiros desenvolvimentos de Freud, ganha força nos dois últimos paradigmas narrativos: da dissolução do eu e do pacto edipiano. Isso ocorre porque cada qual *despsicologiza* o sofrimento, tornando-o, no segundo caso, a expressão de suspensão das relações de troca pulsional e desejante e, no primeiro, uma decorrência da estrutura ontológica das pulsões. A condição histórico-antropológica acarretada pelo complexo de Édipo e a condição existencial que carrega a noção de pulsão de morte convidam a uma reformulação diagnóstica que

inclua, para além do sintoma, o mal-estar (*Unbehagen*) e o sofrimento (*Leiden*). A indeterminação da relação entre os sintomas, em sua suposta identidade diagnóstica, e as narrativas, que lhes conferem articulações de reconhecimento, talvez não seja erradicável. As noções de estrutura, em acepção aristotélica, e de personalidade, em conotação psicológica, realizam essa função de maneira inadvertida. Isso, por si só, não justifica a atitude desconexionista da psiquiatria de nossa época, que tende a isolar os sintomas ignorando suas relações de ordenamento temporal e sua potencial contradição como classe.

Antropologia e filosofia da história

O surgimento das escolas em psicopatologia deriva de diferentes soluções encontradas para conciliar os avanços feitos em áreas e métodos distintos: a combinação entre descrições precisas, herdadas da tradição clínica; hipóteses antropológicas, provenientes de transformações das ideias alienistas; postulações neurológicas, derivadas da descoberta da impressionante regularidade evolutiva e semiológica das síndromes cerebrais; e finalmente as contribuições da nascente psicologia clínica, da escola russa de neurologia, dos estudos sobre desenvolvimento da criança e da psicanálise de Freud, com suas inúmeras ramificações e seus desdobramentos. Desde as origens da psicopatologia, há um problema epistemológico relativo à integração dessas diferentes formas de conhecer, descrever e tratar os transtornos mentais.

Ressaltemos o fato de, em suas origens, a psicopatologia francesa dever à antropologia o que a psicopatologia alemã deve à neurologia. Contudo, a psicopatologia, ela mesma, não pertence especificamente nem à medicina nem à filosofia nem à então nascente psicologia nem à antropologia. Ela foi o esboço, jamais realizado, de uma disciplina que reunia todos esses saberes. Mesmo assim, exerceu profunda influência como solo e ponto de ligação permanente entre essas áreas[155].

É nesse sentido, guardando a flutuação disciplinar desse método e sua relativa disseminação, que podemos dizer que a psicanálise possui uma psicopatologia, não uma nosologia (como seria o caso de um ramo da psiquiatria) ou uma teoria do funcionamento diferencial da mente (como seria o caso de um ramo da psicologia). O termo "psicopatologia" aparece raramente em Freud, com a exceção notável da noção de "psicopatologia da vida cotidiana", mas há motivos para isso que confirmam nosso argumento.

Ancestral direto da psicopatologia, o alienismo depende mais de uma filosofia da história e do nascimento de um novo homem político do que da medicina e da teoria das sensibilidades corporais do século XVII. O naturalismo vitalista de Pinel, assim como a teoria kraepliniana do processo mórbido, a teoria moreliana da degenerescência, de modo semelhante à concepção jasperiana da personalidade, apoiam-se em uma antropologia. Kantiana ou comteana, compreensiva ou explicativa, tal antropologia e sua consequente aspiração de universalidade contam e produzem a positividade de um homem e de sua história[156]. Vida, linguagem e trabalho são os três polos dessa antropologia cuja ocupação positiva dá origem à psicopatologia e à psiquiatria. O alienismo, que inspirou Hegel no desenvolvimento da noção de alienação, e a psicopatologia francesa, em seu conflito com a psicanálise, são as duas fontes clínicas primárias do pensamento de Lacan. Vê-se assim que seu programa clínico era reunir a tradição francesa, de Pinel a Henry Claude (seu orientador na tese de 1932), e a tradição alemã, de Hegel a Freud, em matéria de psicopatologia.

Contudo, Lacan percebeu que o método psicanalítico em psicopatologia opõe-se à antropologia que lhe é subjacente. Nada é mais estranho à psicanálise do que uma teoria geral do homem, do qual se poderiam inferir formas desviantes como tipos degradados da razão, da sensibilidade ou do juízo. Lacan percebeu também que nada seria mais avesso à teoria psicanalítica da constituição do eu do que uma filosofia idealista da história, como a que perpassava o alienismo. Daí que nas origens da noção de estrutura clínica, em Lacan, encontremos dois movimentos:

1. a redefinição da alienação como processo empírico, tal como se vê no *Estádio do espelho*[157];
2. a redefinição da noção de estrutura como complexo envolvendo linguagem e divisão do sujeito[158].

A crítica da antropologia kantiana, assim como a superação do alienismo, está nas origens da psicopatologia psicanalítica, como argumentou Foucault[159], mas essa não é uma tarefa simples. Há em Freud esquemas que assimilam o campo do psicopatológico ao infantil e ao primitivo e do qual dependem as noções de regressão e fixação, essenciais para a semiologia psicanalítica. Essa teoria da história, com frequência presente sob a ideia de "arqueologia", foi depois anexada como uma teoria do desenvolvimento e da maturação da qual depende a noção de organização pulsional e de defesa necessária para pensar uma etiologia. No entanto, essa teoria da história caminha paralelamente à sua própria mitologização tanto nos desenvolvimentos sobre o complexo de Édipo quanto em torno no narcisismo e ainda na especulação sobre a pulsão de morte, essencial para o diagnóstico em psicanálise.

Não há em Freud uso conceitual da noção de estrutura clínica, mas desenvolvimento e, em alguns casos, superdesenvolvimento da ideia de neurose. É preciso lembrar que no início Freud incluía a paranoia como uma psiconeurose de defesa[160]. Colocava a hipocondria no quadro das neuroses atuais[161]. Apresentava um caso clínico no qual uma neurose histérica evolui para uma neurose obsessiva[162]. Falava das neuroses narcísicas de modo a potencialmente incluir a melancolia[163]. Tratava de um caso-chave, separando o diagnóstico da neurose infantil (obsessiva) e descartando o diagnóstico da neurose adulta, como paranoia[164]. O chamado caso *princeps* da psicanálise (Ana O.) seria hoje considerado uma psicose[165]. Isso sem falar no extenso inventário de formas não estruturais da neurose – neurose de destino, neurose traumática, neurose atual, neurose de caráter[166]. Ou seja, há em Freud uma perfeita contrariedade com relação ao consenso lacaniano de que não se passa de uma estrutura para outra, que uma estrutura decide-se necessariamente muito cedo, que uma estrutura compreende tipos clínicos ligados à produção estável e excludente de sintomas (histeria ou neurose obsessiva). A própria ideia de que uma estrutura clínica é um tipo de defesa básico e constitutivo vê-se relativizada pelos critérios práticos da diagnóstica freudiana, que nem sempre se baseiam na primazia da defesa, mas que podem apelar para o impacto do narcisismo ou a ação do supereu, bem como para o movimento de fusão e desfusão das pulsões ou, de modo mais elementar e essencial, a aptidão ou não para produzir transferência (introjeção de objeto).

Vê-se, por esse conjunto de considerações, que a tarefa de organizar a psicopatologia psicanalítica introduziu, para os pós-freudianos, uma dupla dificuldade: defender a autonomia explicativa e descritiva dos quadros clínicos tomados em consideração pela psicanálise e negociar seu regime de existência de acordo com os desenvolvimentos, quer da psiquiatria, quer da psicopatologia. Essa dificuldade de classificar e ordenar a variedade das formas do patológico não é um problema

terminológico. Está em jogo saber se a psicanálise tem uma psicopatologia “interna” para uso próprio, incomunicável com outros discursos em psicopatologia, o que de certa forma contraria muito frontalmente sua história, ou se a psicanálise simplesmente teoriza e explica formas do patológico descritas por outros saberes. No fundo, é uma decisão epistemológica se queremos manter o campo da psicopatologia mais vasto e amplo, no qual filosofia, medicina, psicologia, psicanálise e antropologia teriam o que dizer e do qual poderiam apropriar-se conforme suas necessidades e meios específicos, ou se consideramos uma espécie de autonomia e irredutibilidade da psicopatologia psicanalítica. Esse cenário, repleto de formas semicongruentes, de variedades diferentemente nomeadas e de princípios de classificação e ordenamento distintos, é em tudo correlato ao panorama que o etnólogo ou o linguista enfrenta quando se depara com os mitos ou com as narrativas de uma sociedade.

1998: anorexia em Hong Kong

Hong Kong, o pequeno ex-enclave britânico na costa da China, representa perfeitamente a nova configuração do capitalismo pós-moderno que vem se generalizando, na virada para o século XXI, em sua estrutura de condomínio. Marcada pela saída massiva de antigos habitantes ocidentais e pela reocupação pelo novo capitalismo chinês, Hong Kong ilustra também como a circulação de pessoas torna-se cada vez mais problemática na medida em que a circulação de capitais fica mais fluida[167]. A imigração-migração de capitais desloca-se vorazmente para regiões ainda férteis e impoluídas do planeta, ao passo que há um adensamento de pessoas em zonas de pauperização do trabalho. Hong Kong encontra-se na fronteira dessas duas superfícies, tal como a torção de uma banda de Moebius permite passar da avançada condição de condomínio britânico financeirizado para a situação de novo território chinês receptivo à produtividade semiescravista.

Analisemos a trajetória da aparição da anorexia nervosa em Hong Kong, baseados no pungente estudo de Ethan Watters[168] e em sua investigação crítica sobre a globalização dos padrões de sofrimento, notadamente causada pela expansão da gramática DSM de conversão do mal-estar em sintoma. Parece-nos um ótimo caso para exemplificar como a mudança de uma forma de vida é acompanhada de alterações na relação entre mal-estar e sintoma. Lembremos, com Hegel, que *o relógio da história não marca a mesma hora em todos os seus quadrantes*, ou seja, não é possível identificar a sociedade, em seu conjunto, como massa homogênea, que estaria afetada igualmente pelo mesmo “contemporâneo”, mas é importante reter modos de subjetivação que, de alguma forma, são os marcadores de mudanças.

Estudos sobre a expansão diagnóstica e suas relações com situações sociais críticas vêm crescendo em sua dimensão histórico-filosófica, como nos trabalhos de Ian Hacking[169]e Philippe Van Haute[170]. Um ponto de partida importante para esse esforço de teorização é o resultado obtido pelo inventário mundial de saúde mental realizado em 1965 pela Organização Mundial de Saúde, o qual comparava a situação do sofrimento mental pelo mundo[171]. Surpreendentemente verificou-se que pacientes diagnosticados como esquizofrênicos na Nigéria, em Moçambique ou em Angola, países com notórias dificuldades na organização de seus sistemas de proteção e saúde mental, apresentavam incidência muito mais benigna e prognóstico de recuperação muito melhor e em menos tempo do que em países desenvolvidos como os Estados Unidos, a Suécia ou o Japão, que

dispõem de investimentos significativos e qualificados em saúde mental. O resultado tornou-se ainda mais desafiador quando foi confirmado por um levantamento similar realizado em 2004[172].

Casos homólogos podem ser mencionados em culturas específicas: a inflação de diagnósticos de transtorno de estresse pós-traumático no Sri Lanka, após o tsunami que devastou o sul da Ásia[173], em comparação com a ascensão diferencial desse diagnóstico entre americanos egressos da guerra no Iraque; a relação entre o marketing agressivo do antidepressivo Paxil no Japão com a expansão desse diagnóstico naquele país durante os anos 1990[174]; a piora dramática nos níveis de recaída e de internação por esquizofrenia com a substituição dos diagnósticos animistas locais pelos diagnósticos DSM, em Zanzibar, a partir dos anos 1970[175]; o suicídio epidêmico de executivos franceses durante a crise econômica de 2008. Em todos esses casos, fica patente a importância política da localização e da produção dos transtornos mentais como uma espécie de excepcionalidade social.

Nesses exemplos, é cristalino o impacto potencialmente epidêmico gerado pela nomeação do mal-estar. Mas a nomeação não trabalha sozinha na determinação do sofrimento, ela precisa envolver-se em uma experiência de reconhecimento para constituir-se em um verdadeiro agente de transformação. Vejamos um episódio nas origens da loucura, no quadro do alienismo, para mostrar como esse ímpeto de nomeação possui relação com o mal-estar. Durante os anos 1800-1820, houve uma epidemia de loucos internos em Bicêtre ou Charenton que de fato acreditavam ser Napoleão.

> No primeiro dia o encontramos elegantemente vestido, de cabeça erguida, com ar orgulhoso e altaneiro; seu tom é de comando e seus menores gestos indicam poder e autoridade. Ele não tarda a nos dizer que é imperador dos franceses, rico em milhões, que Luís Felipe é seu chanceler.[176]

A atitude clínica do final do século XX se contentaria em descrever o fenômeno, dando-lhe um nome ou incluindo-o em algumas das formas delirantes, como mitomania, delírio de grandeza ou delírio de reinvindicação. Mas a terapia moral desenvolvida por Pinel baseava-se em reconhecer algo de verdade no delírio, de entendê-lo como o início da cura. Não se tratava de demover o paciente de sua falsa crença, mas de reconhecer sua "lógica interna própria". "Não é uma indignidade tratar deste modo o imperador Napoleão?' Ao que o médico alienista lhe responde: 'Sim, o senhor é o imperador Napoleão, mas o Napoleão em Santa Helena'."[177] Essas palavras acalmam o paciente. Ele pede que o desamarrem e jura cumprir sua promessa de bom comportamento até o dia de sua libertação. Está aqui a chave essencial que liga os atos de reconhecimento à transformação radical da experiência de sofrimento. Era também isso que os alienistas chamavam de cura, uma espécie de suspensão ou de alteração na crença no delírio por uma espécie de cruzamento dialético com a realidade. Vemos, no exemplo, como a nomeação do mal-estar (*sou Napoleão*) articula-se com uma estratégia de apelo de reconhecimento (*sou tratado de forma indigna por estes lacaios* – em verdade, os enfermeiros do hospício). A narrativa ofertada pelos enfermeiros sujeita a situação a uma transformação da experiência de sofrimento (*de ultrajado a esperançoso prisioneiro na ilha de Santa Helena*).

Contudo, o que esses estudos oferecerem de novo, em relação à antiga tradição de crítica social da doença mental, desde Rieff [178] e Szasz[179] até a antipsiquiatria, é um questionamento do modelo

tradicional, que entende a cultura como interferente na expressão e na recepção dos sintomas (efeito patoplástico ou reativo) ou como determinante de sua produção (efeito patogênico, seletivo ou facilitante). Esses novos estudos recuam em relação ao culturalismo militante que acreditava que os transtornos mentais eram apenas um epifenômeno das formas de vida. Por outro lado, eles também avançam no sentido de contribuir efetivamente para o tratamento clínico e discursivo necessário dessas situações, ou seja, eles ultrapassam o formato no qual se discutia se os transtornos mentais são culturais ou naturais para abordar o modo como a relação entre cérebro e mente pode, ela mesma, ser reinterpretada. Vejamos outro exemplo mais recente.

O doutor Sing Lee formou-se em psiquiatria na Inglaterra no início dos anos 1980. Retornou a Hong Kong em 1985, após concluir sua especialização em um quadro alarmante e letal: a anorexia nervosa. A anorexia, ao lado da bulimia, forma o grupo dos transtornos alimentares no *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM-IV):

> As características essenciais da anorexia nervosa são a recusa a manter um peso corporal na faixa normal mínima, um temor intenso a ganhar peso e uma perturbação significativa na percepção da forma ou tamanho do corpo.[180]

No tipo restritivo predominam dietas e exercícios físicos e no tipo compulsivo-purgativo predominam episódios periódicos de indução ao vômito ou uso indevido de laxantes. Os critérios diagnósticos envolvem a verificação de quatro signos clínicos: 1. recusa a manter o peso corporal, 2. medo intenso de ganhar peso, 3. perturbação do modo de vivenciar o peso, 4. ausência de três ciclos menstruais consecutivos (em mulheres pós-menarca). Os critérios expressam bem a racionalidade diagnóstica presente no sistema DSM. Ao lado de atitudes subjetivas, como a recusa, são acrescentados afetos ou reações, como o medo. Em seguida, encontramos expressões relativamente indeterminadas, que oferecem espaço de manobra para a leitura subjetiva do psiquiatra, tais como desordem (*disorder*), transtorno ou perturbação. Finalmente, encontramos um indicador convencional que permite objetivar o quadro: *três meses sem menstruar*. A maior parte dos diagnósticos do DSM e da seção de doenças mentais do sistema CID (Classificação Internacional das Doenças) obedece a essa gramática. Nela há sempre algum espaço para considerações sobre a variação cultural dos modos de expressão dos transtornos.

> A anorexia nervosa parece ter uma prevalência bem maior em sociedades industrializadas, nas quais existe abundância de alimento e onde, especialmente no tocante às mulheres, ser atraente está ligado à magreza. O transtorno é provavelmente mais comum nos Estados Unidos, no Canadá, na Austrália, na Europa, na Nova Zelândia, no Japão e na África do Sul[181].

O elenco dos países nos quais a anorexia nervosa seria prevalente é chocante, tal a proximidade da lista com a geodistribuição econômica do desenvolvimento. A abundância de alimentos parece ter se imposto como critério um pouco mais forte do que a condição social da mulher, que corresponde a 90% dos casos de anorexia.

Diante disso, é compreensível que o doutor Lee, retornando para a ocidentalizada Hong Kong, esperasse encontrar terreno fértil para o diagnóstico e o tratamento da anorexia, endêmica em ex-colônias britânicas, como também se verifica na listagem anterior. Isso se mostrou completamente equivocado. Entre 1983 e 1988, havia em torno de dez possíveis casos de anorexia registrados em Hong Kong. Antigos ditados chineses pareciam concordar que "ganhar peso traz fortuna" e "pessoas gordas têm mais sorte". Mais impressionante é que as poucas anoréxicas de Hong Kong apareciam em uma semiologia completamente diversa da esperada.

É o caso de uma vendedora de 31 anos chamada Jiao, que chegou esquelética e subnutrida ao hospital onde o doutor Lee trabalhava, em 1988. Nascera no ambiente rural, sua mãe falava apenas um dialeto local e seu pai ausentara-se durante muito tempo para trabalhar em outro lugar. Retornando ao lar, o homem impôs um estilo autocrático e crítico de tratamento das mulheres, de quem esperava subserviência incondicional. A perda de apetite de Jiao foi desencadeada pela partida de seu namorado, que decidiu emigrar para a Inglaterra, no contexto da reanexação de Hong Kong à China. Jiao tornou-se ainda mais introspectiva e perdeu o emprego. Em sua primeira entrevista, ela se queixa de um desconforto abdominal e um mau humor difícil de descrever. Lee insiste se ela poderia dar um nome ao que lhe sucede, e ela devolve a pergunta – afinal, ele é o médico. Não há distorção da percepção corporal, não há preocupação em ganhar peso, não há recusa a alimentar-se. Ela simplesmente perdeu a vontade de comer. Não há registro da disposição, tão típica entre as anoréxicas das sociedades industrializadas, ao perfeccionismo, à adequação e ao desejo de aceitação e ascensão social. Os pacientes típicos não perdem o apetite. Ao contrário, estão constantemente em um discurso sobre comida e alimentação. Daí a correta descrição de que eles *recusam* algo. Recusar implica a suposição de que algo está sendo oferecido, e por isso Lacan associou a demanda com a estrutura da recusa e com uma espécie de falso pedido: "Eu te peço que recuses o que eu te ofereço, porque não é isso"[182]. Jiao não parecia recusar nada, muito menos *comer nada*, conforme a fórmula lacaniana para a anorexia[183]. Ou seja, dos quatro critérios diagnósticos para anorexia, Jiao atendia a apenas um: não menstruava havia mais de três meses. Ela não tinha medo de engordar, não distorcia a imagem do corpo nem apresentava qualquer disposição a valorizar o emagrecimento, quer como valor estético, quer pelo apelo a práticas purgativas ou laxantes. Mesmo assim, Jiao pode ser considerada o primeiro caso de anorexia em Hong Kong.

Em 1995, a princesa Diana concede a famosa entrevista na qual admite sua anorexia-bulimia, associando-a a sua "baixa autoestima" e a uma forma de "pedir ajuda". Em 1997, a fobia de engordar e a distorção da imagem corporal tornam-se sintomas dominantes no ex-protetorado britânico. Jovens meninas brilhantes tornam-se o tipo predominante. E, após a cobertura jornalística do caso de uma garota que morre em plena rua, dissemina-se a figura da "anorexia: eu-também" (*me-too*). O discurso anoréxico torna-se uma forma social de "pedir ajuda", de "recusar a ligação sexo-casamento-filhos", de se tornar uma "adolescente moderna", de fazer resistência e ao mesmo tempo aderir ao "consumo generalizado".

Depois de seu primeiro encontro com Lee, Jiao procurou um médico herbalista que lhe ofereceu o seguinte diagnóstico: havia perda da energia vital (*qui*), causada por um desequilíbrio entre o fígado, o baço e o estômago; disso resultava um excesso de *yin* e uma falta de *yang*. Duas condutas deviam ser adotadas: tomar uma infusão de ervas para reparar os órgãos que funcionavam mal e "deixar para trás a energia pouco saudável que circunda as memórias do antigo namorado"[184]. Depois disso, Jiao pôde enfim articular uma recusa – rejeitou o tratamento proposto pelo médico

herbalista e fez uma gradual concessão ao tratamento proposto pelo doutor Lee. Isso não impediu sua morte em função dos efeitos da desnutrição prolongada, depois da segunda internação.

A situação de privação alimentar autoinduzida contém uma série de aspectos excluídos da descrição DSM, como o sentimento de controle sobre si e de superioridade sobre os outros (não anoréxicos). Há uma espécie de dependência relacionada ao ciclo de sensações envolvendo a fome e sua saciedade. Ou seja, o aumento de incidência da anorexia não deve ser explicado, maciçamente, pela incorporação de valores ocidentais de alto desempenho, como uma reação ao excesso de consumo, ao lado da imposição estética e da gramática de desejabilidade. Há mimetismo, contágio e identificação, mas essas são formas preliminares e globais de determinação do mal-estar que formam sintomas típicos de uma cultura. Ao lado do choque *entre civilizações*, descrito por Samuel Huntington, há sempre o choque anterior *interno às civilizações*, como argumentou Žižek, e este é também um choque e uma "livre concorrência" entre modos de sofrer.

1823: anorexia e histeria na Europa

A narrativa da anorexia – como discurso, rede de nomeações, expectativas de cura e dispositivos de tratamento – transforma um sofrimento indeterminado em uma entidade clínica com base em contradições postas e em contradições que ainda não podem ser colocadas, ou que não mais podem mais ser lembradas. Portanto, a inclusão discursiva não é apenas a formalização de uma essência que antes estava subdiagnosticada, não é mera tradução do que antes possuía outros nomes, mais primitivos e menos científicos. Até que ponto é possível advogar que existem causas universais para a anorexia, e que, portanto, esta é uma doença simples e unificada, sem que sejamos colhidos pelo contra-argumento de que são procedimentos normalistas e convencionalistas como os que se encontram nos sistemas DSM ou CID ou mesmo nas *operacionalizações metodológicas* que produzem esse quadro como tal. Seria a anorexia um sintoma? Um grupo de sintomas? Ou uma forma de sofrer que se faz valer da narrativa alimentar para articular uma demanda? Considerações como essas se aplicam à maior parte dos transtornos mentais, ainda que não a todos.

Naquele que pode ser considerado o caso zero de anorexia, descrito em 1823 por Salomon Stiebel, médico de Frankfurt, uma menina de dezesseis anos é obrigada pelos pais a interromper um namoro inadequado[185]. Logo depois de receber a má notícia, ela sente uma forte pressão na região do baixo esôfago, torna-se pálida, tem falta de ar, não consegue falar e tem de sentar-se. Aquela sensação marcante evolui, posteriormente, para um literal bloqueio na garganta que a impede de engolir e que só pode ser interrompido pela tosse nervosa. Em seguida, ela desenvolve tiques e hipersensibilidade facial, que se alternam com momentos de "catalepsia" e "estados de zumbi". Considerou-se que ela sofria de histeria. Somente décadas depois a anorexia seria incorporada como um dos sintomas mais comuns da histeria.

Entre 1860 e 1864, 114 casos de vômitos histéricos assolaram Lisboa. Em 1873, Laségue batizou a anorexia histérica, associando-a a um *trauma emocional*. A histeria era considerada uma síndrome, ou seja, uma vasta coleção de sintomas que se apresentavam de modo intermitente e variável de caso para caso. A paralisia das pernas (astasia-abasia), por exemplo, parece ter sido um sintoma rapidamente aposentado, ao passo que outros, como o excesso de exercício e a mensuração permanente do peso ganharam relevo. Portanto, em menos de cinquenta anos, a anorexia saiu da

condição de sintoma raro para um modo popular de sofrer e ter seu sofrimento reconhecido. Processo semelhante iria ocorrer em Hong Kong quase 150 anos depois. Poder-se-ia arriscar dizer que há uma balança histórica na qual alternam-se, na histeria, décadas de predomínio de sintomas como ataques e desmaios com períodos de predomínio das anorexias e das depressões.

Podemos agora descrever uma sequência regular nas relações entre sintomas e formas de vida. Determinada forma de sofrimento alcança legitimidade e reconhecimento social, mobilizando os dispositivos de cura, tratamento ou terapia, sejam eles de natureza formal, sejam de natureza informal. Contudo, isso é insuficiente para nomear todas as formas e todas as intensidades de mal-estar, que continuam a insistir como demandas locais desviantes e insuficientemente reconhecidas. Por outro lado, a massificação de uma modalidade de sofrimento equivale à sua gradual normalização, o que explicaria a mutação narrativa para outro grupo de sintomas. Se essa hipótese é verdadeira, as novas formas de patologia são indissociáveis de *novas modalidades de nomeação*, e o movimento da psicopatologia funciona, ao modo das neuroses, esquecendo seus próprios rastros históricos. Isso significa desativar o modelo patoplástico que afirma que existe uma única essência de um transtorno mental, que se expressa em variadas e múltiplas expressões culturais com nomes distintos. Segundo nossa hipótese, a mudança de nome muda a "coisa". Um nome logo é articulado como significante, que se dissemina discursivamente em dispositivos médicos, psicológicos, jurídicos, paramédicos, religiosos, e assim por diante.

No primeiro momento, é crucial a apresentação singularizada do mal-estar. Nesse ponto estão os casos famosos que dão título ou nome a uma forma de sofrimento. A partir de então, outras formas de sofrimento começam a ser agregadas ou a parasitar o diagnóstico inicial até o ponto de saturação, a partir do qual a força simbólica do reconhecimento dispensado enfraquece, por sua excessiva determinação. Aqui aparece a fase da "negociação da doença" – análogo ao que Foucault[186] chamou "efeito contrapsiquiátrico" –, na qual o subdiagnóstico inicial de uma condição torna-se superdiagnóstico, no qual os fracassos de um dispositivo são supridos por outro. Nessa fase final, a nomeação "enfraquece", como uma piada que perde sua força pragmática ao ser indefinidamente repetida. Surgem as restrições ao uso popular e generalizado de um medicamento, divergências quanto à sua extensão, interpretações discordantes quanto à natureza, às variedades e aos subtipos de seus sintomas.

Mas voltemos ao problema do mimetismo entre transtornos neurológicos e transtornos psicológicos, que fascinou a psicopatologia do século XIX e a clínica do século XX. A evolução das formas histérico-anoréxicas se fez acompanhar, durante a primeira metade do século XIX, de uma série de descrições clínicas para seus "análogos neurológicos". Em 1825, Jean Itard diagnostica na marquesa de Dampierre o que mais tarde veio a se chamar síndrome de Tourette (transtorno impulsivo caracterizado por espasmos, tiques e verbalizações ofensivas e involuntárias). É o início da grande expansão da neurologia com a descrição de inúmeros quadros assemelhados, como demências, distrofias, coreias, abasias, epilepsias e afasias. As histéricas de Charcot, de Mesmer e de Freud têm doenças fantasmas, que imitam verdadeiras doenças neurológicas; por outro lado, elas são afecções psíquicas reais que ganham forma num tipo de sofrimento socialmente reconhecido.

1877: beribéri de tremeliques em São Luís do Maranhão

Um exemplo brasileiro. Em 1877, detectaram-se surtos de "beribéri de tremeliques" em São Luís do Maranhão. Em 1882, registrou-se a epidemia de treme-treme em Itapagipe, Bahia; e, em 1890, Nina Rodrigues apresentou seus estudos sobre as loucuras epidêmicas brasileiras, no contexto de sobreposição entre a sociologia europeia de massas, o desenvolvimento da neurologia e o novo e popular quadro descrito pelo médico Jean Martin Charcot, amigo pessoal do imperador Pedro II: a histeria. Reconstruindo o que teria sido a *abasia coreiforme epidêmica no Norte do Brasil*, nosso psiquiatra argumenta que tais surtos deviam se associar ao fim do regime monárquico e escravista, que teria produzido insegurança e desconfiança entre as pessoas do povo, que não podiam entender ou participar dos acontecimentos tão importantes que as afetavam diretamente. A mestiçagem, o clima, a pobreza, a indolência, a anemia e as condições sanitárias indesejáveis predispunham a população não apenas ao beribéri e à coreia, mas à sugestão e ao mecanismo psicológico do contágio por imitação, que caracteriza a histeria[187] e que teria assolado a Europa na Idade Média com suas epidemias de possessas e bruxas. Nina Rodrigues era criança quando testemunhou a epidemia maranhense e, ao vê-la reaparecer anos depois na Bahia, escreve sobre seu espanto:

> Não era eu médico, quando os presenciei; mas o espetáculo estranho que oferecia por aquela época a pequena cidade de São Luís, com as ruas diariamente percorridas por grande número de mulheres principalmente amparadas por duas pessoas e em um andar rítmico interrompido a cada passo de saltos repetidos, genuflexões e movimentos desordenados, me deixou uma impressão profunda e duradoura.[188]

Quase todos os doentes são mulheres, e a epidemia recrudesce no inverno, assim como o beribéri, não durando, ao todo, mais de dois anos. No caso da Bahia, se lhe atribui a propagação aos ajuntamentos humanos, como festas e a fábrica de fiação, onde se notava aumento e concentração dos quadros. A maior parte dos casos de beribéri de tremiliques diagnosticados apresentava todos os sintomas de uma verdadeira coreia (movimentos de grande raio, involuntários e conscientes), mas com uma diferença significativa: os espasmos não persistiam em estado de repouso, como seria de se esperar. O diagnóstico diferencial, estabelecido por Nina Rodrigues, observava que, ao contrário da coreia verdadeira (confundida pela população local com o beribéri) e ao contrário do verdadeiro beribéri (reconhecido pela população local por sua fraqueza astênica), no beribéri de tremeliques os pacientes conseguiam subir ladeiras e escadas sem auxílio. Portanto, é essa intermitência da necessidade de ajuda e amparo que define o beribéri como condição psicogênica, associada à histeria. Até hoje esse é um critério diagnóstico decisivo para distinguir os transtornos somatoformes das verdadeiras astenias e dos demais quadros neurológicos. A inconstância do sintoma, no entanto, não quer dizer, como acreditavam os moralistas do século XIX, que a histeria seja apenas uma condição de simulação, imitação ou de premeditada estratégia de formulação de uma demanda. Durante a cena em que precisavam ser amparados na rua, os pacientes "realmente não conseguiam andar sozinhos".

Portanto, temos primeiro uma doença ligada com a pobreza, o beribéri, causada pela falta de vitamina B1. Ela é composta por um conjunto de sintomas conhecidos: fraqueza, perda de força nas pernas, dificuldades respiratórias. Depois disso, transfere-se para o nome da doença o mal-estar que a ela se associa. Por essa operação metafórica, o mal-estar informulado e difuso que caracteriza essa

forma de vida como *pobreza* se condensa em um tipo de sofrimento específico ligado a um conjunto de sintomas sancionados socialmente por discursos de autoridade instituída: *beribéri*. Surge um discurso que cifra o sofrimento em uma série cuja característica é a heterogeneidade das causas: a miscigenação, o clima, a indolência, a origem indígena, a falta de vitamina B1, o descaso, a subnutrição etc. Tudo leva a crer que a aparição, o contágio e a inconstância do sintoma no beribéri de tremeliques estão condicionados por relações e atos de reconhecimento. Uma forma de sofrimento, caracterizada inicialmente pelo sentimento de fraqueza e desamparo, passa a ser então reconhecida de outra maneira, ganha um nome, primeiro científico (*beribéri*) e depois popular (*de tremeliques*); mobiliza novas práticas, que legitimam o amparo e a sustentação no caminhar; por fim, começa a ser reconhecida por sua oscilação e intermitência, sua cena de aparecimento público (a rua e a fábrica) e sua condição de desaparecimento privado (ladeiras, escadas, interior das casas).

Mas esse discurso que cifra o sofrimento não abarca todo o real. Surge uma variação, provavelmente uma coreia verdadeira, com sintomas similares aos do beribéri, mas com uma novidade: a tremedeira e os pulos. É com o saber local, contradiscursivo, que se cria uma nomeação metonímica contígua – *beribéri de tremeliques*. Temos aqui uma segunda operação de retorno do saber popular sobre o saber constituído e medicamente sancionado, pelo qual o sintoma readquire a indeterminação própria do sofrimento, fazendo ressurgir o conjunto de significações reunido e suprimido sob a nomeação sintomática.

Nesse ponto e por esse motivo, temos uma cadeia formada pelos sintomas (astenia, abasia), pela narrativa de sofrimento (identificação histérica) e pelo mal-estar que nomeia e sutura a série. Para Freud[189], esse tipo de identificação é também chamado “identificação etiológica”, pois se faz com relação às causas presumidas de um desejo. Como as mulheres de uma pensão, que, depois de ver uma colega reagir com choros e espasmos a uma carta de amor, produzem uma epidemia com manifestação de sintomas semelhantes. Mas atenção: é preciso espaço de indeterminação com relação ao que teria causado a primeira reação, ao que na carta haveria gerado tal reação, para que a reprodução identificatória aconteça. Portanto, a epidemia de beribéri de tremeliques se dissemina não apenas porque há uma tendência climática ou sazonal à imitação de uma forma de sofrimento. Isso não explica que tenha sido esta e não outra a forma escolhida entre outras tantas disponíveis. A condição para a disseminação dessa identificação histérica é a etiologia comum suposta e indeterminada.

> […] essa epidemia devia buscar sua origem em influências mesológicas de ordem física e nos fenômenos sociais complexos que se prendem à fase histórica pela qual passa nosso país. A revolução política a que hoje assistimos teve necessariamente seu período de preparo e elaboração.[190]

Reunir influências climáticas e determinações políticas é novamente parte do esforço de integração discursiva do mal-estar ao sofrimento e da articulação metafórico-metonímica do sofrimento ao sintoma. Agora não é mais a *pobreza* o determinante, mas quiçá o significante *revolução política*. Isso nos permitiria entender os movimentos de expansão e concentração de quadros clínicos como a histeria – e, em tese, de qualquer outra expressão psíquica análoga.

Esse modelo poderia ajudar a entender por que em 1940, quase meio século depois da primeira epidemia de anorexia histérica, a anorexia havia se tornado rara a ponto de ser praticamente desconhecida[191]. De modo análogo, vinte anos depois, os psicanalistas começavam a se perguntar o que teria acontecido com as "verdadeiras histéricas freudianas"[192]. O tipo clínico caracterizado pela formação de sintomas de conversão em alternância com ataques psicomotores, conflito fálico-oral de estrutura isomorfa ao complexo paterno, com transferência caracterizada pela atitude de bela indiferença, havia desaparecido. Em vez dele, surgiria, no pós-guerra, a figura da *histérica potencial*, não mais definida por um conflito entre desejo sexual e defesa, mas pela imaturidade egoica acentuada, pelo caráter imaturo e pela personalidade frágil. As fantasias de sedução davam lugar aos temas da dependência, da infantilização e do desamparo. As conversões se dispersavam em uma série de sintomas flutuantes, de natureza fóbica ou obsessiva, com inibições e angústia flutuante.

Essa forma de histeria atípica se dividiria, já nos anos 1960, em outros dois subtipos. De um lado, há a *personalidade histérica*, caracterizada pela depressão mascarada, por sintomas de caráter, por formações psicossomáticas intensas, por transtornos narcísicos e pelo rebaixamento da feminilidade. Aqui retornam os temas da idealização e da anorexia. Cabe lembrar que é no escopo da associação entre uma forma de individualismo, expressivamente presente nos Estados Unidos, e um tipo de problemática narcísica que se desenvolveu, a partir dos anos 1960, a figura genérica das personalidades narcísicas, com seus sintomas de esvaziamento subjetivo, solidão e desorientação desejante, que viriam a recobrir e a absorver as personalidades histéricas.

De outro lado, reaparece a figura da loucura histérica ou da psicose histérica, descrita em fins do século XIX, com sua sintomatologia exagerada, com eventos de dissociação e agressão, bem como um conflito entre esquizoidia e narcisismo, marcado pela impulsividade[193]. Dessa última figura, surge, já nos anos 1970, e em especial nos anos 1980, a apresentação clínica conhecida como *borderline* (para a tradição anglo-saxônica) ou estados limites (para a tradição francesa).

Mesmo em Lacan, autor que supostamente centralizaria a dispersão de versões da histeria em uma única estrutura invariante, temos uma flutuação de abordagens diagnósticas. Há, nos anos 1950, a histeria como estrutura definida pela questão em torno da feminilidade (*o que quer uma mulher?*), pela alocação de uma mulher no lugar do Outro, pela divisão do sujeito e a identificação com a falta no outro. A estrutura é, então, a estrutura de um desejo, o *desejo histérico*, ou seja, o desejo de manter o desejo insatisfeito, que pode ser oposta ao desejo obsessivo como desejo impossível e ao desejo fóbico como desejo advertido[194].

Nos anos 1960, a histeria passa a ser investigada em torno do enigma representado por sua forma típica de identificação, a *identificação histérica* com o desejo do Outro, cujo modelo de análise é o sonho da bela açougueira[195]. No início dos anos 1970, surge uma nova bifurcação. A histeria é elevada à condição de um discurso, o *discurso da histeria*, e de uma política (a política da exceção) comparável ao discurso do mestre, ao discurso da universidade e ao discurso do psicanalista. Nesse caso, a histeria se caracteriza pela presença do sujeito dividido na posição de agente, ou de semblante do discurso, pela localização do objeto *a-mais-de-gozar* como verdade desse discurso, bem como pela alocação do significante-mestre no lugar do Outro e do saber no lugar da produção[196]. Quando tudo parecia resolvido e unificado sob a égide da macrocategoria de discurso, reaparece a disjunção entre o *gozo fálico da histeria* e o gozo feminino. As fórmulas de sexuação nos fazem retornar ao problema inicial, relativo ao caráter sexuado do corpo e suas modalidades de satisfação[197]. Temos, então,

quatro dimensões da histeria, lembrando que ela é o protótipo das neuroses: o *desejo histérico*, a *identificação histérica*, o *discurso da histeria* e o *gozo fálico da histérica*.

Paralelamente, um desmembramento diferente da histeria estava em curso no interior do sistema DSM. Formado da hibridação entre a psicanálise e a psiquiatria psicodinâmica nos Estados Unidos, o DSM passa por um gradual expurgo psicanalítico a partir de sua terceira versão, em 1973[198]. Desde então, a diversidade de sintomas integrados em torno da noção de histeria foi decomposta em transtorno de humor (depressivo), transtorno de ansiedade (pânico, fobia social, pós-traumático), transtorno somatoforme (somatização, conversão, dismorfismo corporal), transtorno dissociativo, transtorno sexual (da excitação, da aversão sexual, dispaurenia, do orgasmo), transtorno de alimentação (anorexia, bulimia), transtorno de adaptação, transtorno de personalidade histriônica (narcisista, dependente). O que falta à razão diagnóstica promovida pelo sistema DSM é uma distinção conceitualmente justificável e clinicamente coerente entre sintoma e estrutura. Disso decorre o desconhecimento da fronteira móvel entre mal-estar, sofrimento e sintoma e o processo ideológico de nossa época, marcado pela sintomatização de toda forma de mal-estar e pela instrumentalização de toda forma de sofrimento. O que seria uma *doença*, em sentido análogo a um processo biológico real, como a malária ou a tuberculose, quando se trata de *transtorno mental*? Ao fim e ao cabo, o que se torna suspeito, do ponto de vista epistemológico e político, é o tipo de justificativa empregado para produzir tais unidades clínicas.

Tanto a psicopatologia psicanalítica quanto o descritivismo psiquiátrico e as hermenêuticas espontâneas do sofrimento, de natureza moral ou política, operam por determinações específicas do mal-estar. Tais determinações simbólicas regulam o tipo de sofrimento que pode ser considerado necessário e que deve ser admitido, tolerado ou suportado e aquele sofrimento que deve ser considerado contingente, que deve ser enfrentado, superado ou atravessado, quer pela transformação do mundo, quer pela transformação do outro, quer pela transformação de si. Há muito já se disse que o campo político se redefiniu na alta modernidade pelo bem-estar, mas ainda não está claramente demostrado como o bem-estar é um conceito formado pela negação do mal-estar no campo da emergência de uma cultura que interpreta sua moral em temos de sofrimento[199].

---

[1] Karl Marx e Friedrich Engels, *Manifesto Comunista* (1848) (trad. Álvaro Pina, 1. ed. rev., São Paulo, Boitempo, 2010), p. 43.

[2] Jacques Lacan, *O seminário*, livro 18. *De um discurso que não fosse semblante* (1970-1971) (Rio de Janeiro, Zahar, 2009), p. 220.

[3] Marshall Berman, *Tudo que é sólido desmancha no ar: a aventura da modernidade* (São Paulo, Companhia das Letras, 1986).

[4] Jacques Lacan, *O saber do psicanalista* (1971-1972) (Recife, Centro de Estudos Freudianos do Recife, 1997), p. 25.

[5] Idem, "Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise" (1953), em *Escritos* (Rio de Janeiro, Zahar, 1998), p. 259.

[6] "Há uma camada de poeira que recobre as coisas, protegendo-as de nós. Polvilho escuro da fuligem, fragmento de sal e de alga, toneladas de matéria em grãos que vão cruzando o oceano transformam-se em fiapos transparentes depositados pouco a pouco para preservar o que ficou em baixo. Quase nada se tem pensado a respeito desse fenômeno." Nuno Ramos, "Lição de geologia", em *O pão do corvo* (São Paulo, Editora 34, 2001), p. 9.

[7] Axel Honneth, *La Société du mépris. Vers une nouvelle théorie critique* (Paris, La Découverte, 2006).

[8] Christian I. L. Dunker, *Estrutura e constituição da clínica psicanalítica: uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento* (São Paulo, Annablume, 2011).

[9] Zeferino Rocha, *Os destinos da angústia na psicanálise freudiana* (São Paulo, Escuta, 2000), p. 158.

[10] Sêneca, *As relações humanas* (62 a. C.-65 a. C.) (São Paulo, Landy, 2002).

[11] Søren Kierkegaard, *O desespero humano* (1849) (São Paulo, Martin Claret, 2002).

[12] Martin Heidegger, *Ser e tempo* (1927) (Rio de Janeiro, Vozes, 1993).

[13] Christian I. L. Dunker, *Estrutura e constituição da clínica psicanalítica: uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento*, cit., p. 34.

[14] James Strachey, "Civilization and its Discontents", em *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, v. XXI (Londres, Hogarth, 1961), p. 59-63.

[15] *Dicionário alemão-português* (Lisboa, Porto Editora, 1986).

[16] Paul Robert et al., *Le Petit Robert* (Paris, Dictionnaires Le Robert, 1995), p. 1.334.

[17] Idem.

[18] Romain Rolland, "Au-dessus de la mêlée" (1914), em *L'Ésprit libre* (Paris, Aubin Michel, 1950).

[19] Sigmund Freud, *El malestar en la cultura* (1930), em *Obras completas*, v. XXI (Buenos Aires, Amorrortu, 1988), p. 66.

[20] Idem, "Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de 'neurosis de angustia'" (1895), em *Obras completas*, v. III (Buenos Aires, Amorrortu, 1988), p. 96.

[21] Eduardo Viveiros de Castro, *A inconstância da alma selvagem* (São Paulo, Cosac Naify, 2002).

[22] Sergio Fingermann, *Fragmentos de um dia extenso* (São Paulo, Beĩ, 2001).

[23] Jacques Le Rider et al., *Em torno do mal-estar na cultura de Freud* (São Paulo, Escuta, 2002).

[24] Sérgio Paulo Rouanet. *O mal-estar na modernidade* (São Paulo, Companhia das Letras, 2003).

[25] Joel Birman, *Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivização* (Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1999).

[26] Reinaldo Voltolini, *Figuras do mal-estar na educação* (São Paulo, Escuta, 2014).

[27] Sigmund Freud, *El malestar en la cultura*, cit.

[28] Idem.

[29] Idem, "El humor" (1927), em *Obras completas*, v. XXI, cit., p. 159.

[30] Ibidem, p. 160.

[31] Clarissa Metzger e Nelson da Silva Jr., "Sublimação e pulsão de morte: a desfusão pulsional", em *Psicologia USP*, São Paulo, Instituto de Psicologia, v. 21, n. 3, set. 2010, p. 567-83. Disponível em: <www.redalyc.org/pdf/3051/305123737007.pdf >; acesso em: 10 out. 2014.

[32] Sigmund Freud, *El malestar en la cultura*, cit., p. 76.

[33] Ibidem, p. 86.

[34] Ibidem, p. 94.

[35] Ibidem, p. 101.

[36] Ibidem, p. 111.

[37] Ibidem, p. 118.

[38] Ibidem, p. 119.

[39] Idem, *El malestar en la cultura*, cit., p. 131.

[40] Idem.

[41] Ibidem, p. 134.

[42] Ibidem, p. 137.

[43] Ibidem, p. 137-8.

[44] Ibidem, p. 139.

[45] Idem.

[46] Ibidem, p. 90.

[47] Claude Lévi-Strauss, *O pensamento selvagem* (1952) (Campinas, Papirus, 1989).

[48] Michel Foucault, *História da sexualidade: a vontade de saber* (1976) (Rio de Janeiro, Graal, 1985).

[49] Jacques Lacan, “A agressividade em psicanálise” (1948), em *Escritos* (Rio de Janeiro, Zahar, 1998), p. 122.

[50] Idem, *O seminário*, livro 17. *O avesso da psicanálise* (1969-1970) (Rio de Janeiro, Zahar, 1992).

[51] Idem, *O seminário*, livro 21. *Les Non-dupes errent* (1973-1974). Disponível em: <http://staferla.free.fr/S21/S21%20NON-DUPES....pdf>; acesso em: 10 out. 2014.

[52] “Ninguém obriga ninguém a gozar, exceto o supereu. O supereu é o imperativo de gozo”. Idem, *O seminário*, livro 20. *Mais, ainda* (1972-1973) (Rio de Janeiro, Zahar, 1985), p. 12.

[53] Idem, *O seminário*, livro 7. *A ética da psicanálise* (1959-1960) (Rio de Janeiro, Zahar, 1992), p. 376.

[54] Idem, *O seminário*, livro 17. *O avesso da psicanálise*, cit., p. 10.

[55] Idem, “Funções da psicanálise em criminologia” (1950), em *Escritos*, cit., p. 132.

[56] Idem, *Nomes-do-Pai* (1963) (Rio de Janeiro, Zahar, 2005), p. 20.

[57] Idem, *O seminário*, livro 10. *A angústia* (1962-1963) (Rio de Janeiro, Zahar, 2005), p. 19.

[58] Idem, *O seminário*, livro 7. *A ética da psicanálise*, cit., p. 376.

[59] Idem, “A coisa freudiana” (1956), em *Escritos*, cit., p. 435.

[60] Idem, *O seminário*, livro 4. *A relação de objeto* (1956-1957) (Rio de Janeiro, Zahar, 1997), p. 177.

[61] Idem, *O seminário*, livro 3. *As psicoses* (1955-1956) (Rio de Janeiro, Zahar, 1985), p. 312.

[62] Idem, *O seminário*, livro 1. *Os escritos técnicos de Freud* (1953-1954) (Rio de Janeiro, Zahar, 1986), p. 11.

[63] Idem, *O seminário*, livro 3. *As psicoses*, cit., p. 159.

[64] Idem, “Função e campo da palavra e da linguagem em psicanálise” (1953), em *Escritos*, cit., p. 106.

[65] Aristóteles, *Poética* (trad. Eudoro de Souza, Porto Alegre, Globo, 1966).

[66] Helena Amstalden Imanishi, *Desvendando Lacan: duas metáforas e uma teoria psicanalítica da metáfora* (Tese de Doutorado em Psicologia, São Paulo, Instituto de Psicologia, USP, 2014).

[67] Vladimir Safatle, “Linguagem e negação: sobre as relações entre pragmática e ontologia em Hegel”, *Dois Pontos Subjetividade e Linguagem*, v. 3, n. 1, 2006, p. 109-47.

[68] Jacques Lacan, “Introdução aos Nomes-do-Pai”, em *Nome-do-Pai* (1963) (Rio de Janeiro, Zahar, 2005), p. 66-71.

[69] Ibidem, p. 73.

[70] Ibidem, p. 74.

[71] Ibidem, p. 75.

[72] Ibidem, p. 81.

[73] Ibidem, p. 85.

[74] Ibidem, p. 87.

[75] Idem, O *seminário*, livro 22. *R.S.I.* Aula 5, 11 fev. 1975. Disponível em: <http://staferla.free.fr/S22/S22%20R.S.I..pdf>; acesso em: 10 out. 2014.

[76] Idem, “Questão preliminar a todo tratamento possível das psicoses” (1958), em *Escritos*, cit., p. 563.

[77] Idem, *O seminário*, livro 3. *As psicoses*, cit.

[78] Ibidem, p. 559.

[79] Idem, *O seminário*, livro 9. *A identificação* (Recife, Centro de Estudos Freudianos do Recife, 2003).

[80] Idem, *O seminário*, livro 12. *Problemas cruciais da psicanálise* (1964-1965) (Recife, Centro de Estudos Freudianos do Recife, 1988), p. 305.

[81] Ibdem, p. 207.

[82] A *rhesis* corresponde a um tipo de fala no interior da tragédia e funciona como uma interpolação. Isso pode incluir a contestação da fala de um debatedor, tendo por testemunha um juiz, a intrusão de “notícias críticas” (*rhesis* mensageira) vindo de fora da cena ou, ainda, a autoapresentação feita por um personagem, por exemplo, em Medeia: “Meu nome é Medeia”.

[83] Jacques Lacan, *O seminário*, livro 13. *O objeto da psicanálise* (Recife, Centro de Estudos Freudianos do Recife, 2005).

[84] Sigmund Freud, “Psicopatología de la vida cotidiana” (1901), em *Obras completas*, v. VI (Buenos Aires, Amorrortu, 1988), p. 1-285.

[85] Jacques Lacan, *O seminário*, livro 18. *De um discurso que não seria semblante*, cit., p. 43.

[86] Idem, “O aturdito” (1973), em *Outros escritos* (Rio de Janeiro, Zahar, 2003), p. 449.

[87] Erik Porge, *Os Nomes-do-Pai em Lacan* (Rio de Janeiro, Companhia de Freud, 1998), p. 111.

[88] Jacques Lacan, *O seminário*, livro 22. *R.S.I.* Aula 10, 15 abr. 1975. Disponível em: <http://staferla.free.fr/S22/S22%20R.S.I..pdf>; acesso em: 10 out. 2014.

[89] Idem, *O seminário*, livro 16. *De um Outro ao outro*, cit.

[90] Christian I. L. Dunker, “Discurso e narrativa na construção do saber sexual”, *Educação, Subjetividade & Poder*, v. 1, 2005, p. 137-60.

[91] Henry Wallon, *A evolução psicológica da criança* (1941) (Lisboa, Edições 70, 1995).

[92] Jacques Lacan, “O estádio do espelho como formador da função do eu [*Je*] tal como nos é revelada na experiência psicanalítica”, em *Escritos*, cit., p. 101.

[93] Paul Ricouer, *Percurso do reconhecimento* (São Paulo, Loyola, 2006).

[94] Axel Honneth, *Pathologies of Reason* (Nova York, Columbia University Press, 2009).

[95] Ibidem, p. 23.

[96] Jacques Lacan, *O seminário*, livro 17. *O avesso da psicanálise*, cit.

[97] Slavoj Žižek, “Como Marx inventou o sintoma”, em *Um mapa da ideologia* (São Paulo, Contraponto, 1996), p. 297-331.

[98] Idem.

[99] Jacques Lacan, *O seminário*, livro 16. *De um Outro ao outro*, cit., p. 37.

[100] Axel Honneth, *Pathologies of Reason*, cit., p. 37.

[101] Ibidem, p. 41.

[102] Ibidem, p. 66.

[103] Ibidem, p. 68.

[104] Ibidem, p. 42.

[105] Ibidem, p. 86.

[106] Ibidem, p. 98-116.

[107] Ibidem, p. 145.

[108] Ibidem, p. 157-73.

[109] Idem, *Sofrimento de indeterminação* (São Paulo, Esfera Pública, 2007), p. 53.

[110] Vladimir Safatle, *Cinismo e falência da crítica* (São Paulo, Boitempo, 2008), p. 17.

[111] Idem.

[112] Ibidem, p. 73-4.

[113] Ibidem, p. 104.

[114] Ibidem, p. 137.

[115] Axel Honneth, *Sofrimento de indeterminação*, cit., p. 89.

[116] Vladimir Safatle, *Grande Hotel Abismo: por uma reconstrução da teoria do reconhecimento* (São Paulo, WMF Martins Fontes, 2012), p. 4.

[117] **Axel Honneth, La Société du mépris. Vers une nouvelle théorie critique, cit.**

[118] Giorgio Agamben, *Estado de exceção* (São Paulo, Boitempo, 2004), p. 39.

[119] Jean-Jacques Rousseau, *Discurso sobre a origem e os fundamentos da desigualdade entre os homens* (1753) (São Paulo, Abril Cultural, 1973, Coleção Os Pensadores).

[120] Idem, *Ensaio sobre a origem das línguas* (1759) (São Paulo, Abril Cultural, 1973, Coleção Os Pensadores).

[121] Axel Honneth, *Luta por reconhecimento* (São Paulo, Editora 34, 2009).

[122] Idem, *Sofrimento de indeterminação*, cit.

[123] Sigmund Freud, "Más allá del principio de placer" (1920), em *Obras completas*, v. XVIII (Buenos Aires, Amorrortu, 1988), p. 1-136.

[124] Donald Woods Winnicott, *O brincar e a realidade* (Rio de Janeiro, Imago, 1975).

[125] Idem, *A família e o desenvolvimento individual* (1965) (São Paulo, WMF Martins Fontes, 1997).

[126] Sigmund Freud, *El malestar en la cultura*, cit., p. 66.

[127] Idem.

[128] Jacques Lacan, *O seminário*, livro 7. *A ética da psicanálise*, cit.

[129] Vladimir Safatle, *Grande Hotel Abismo: por uma reconstrução da teoria do reconhecimento*, cit., p. 217-47.

[130] Michel Foucault, *As palavras e as coisas: uma arqueologia das ciências humanas* (1966) (São Paulo, Martins Fontes, 2002), p. 100.

[131] Jorge J. Sauri, *O que é diagnosticar em psiquiatria* (São Paulo, Escuta, 2001), p. 10.

[132] Roland Barthes, "Semiologia e medicina" (1985), em *A aventura semiológica* (São Paulo, Martins Fontes, 2001), p. 233-48.

[133] Claude Lévi-Strauss, "O feiticeiro e sua magia" (1955), em *Antropologia estrutural I* (Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1973), p. 232.

[134] Sigmund Freud e Joseph Breuer, "Estudios sobre la histeria" (1893-1895), em *Obras completas*, v. II (Buenos Aires, Amorrortu, 1988), p. 261.

[135] Sigmund Freud, "Las neuropsicosis de defensa" (1894), em *Obras completas*, v. III, cit., p. 68.

[136] Ibidem, p. 69.

[137] Idem, "Sobre las teorías sexuales infantiles" (1908), em *Obras completas*, v. IX (Buenos Aires, Amorrortu, 1988).

[138] Idem, "La novela familiar del los neuróticos" (1909 [1908]), em *Obras completas*, v. IX, cit.

[139] Idem, "Acciones obsesivas y prácticas religiosas" (1907), em *Obras completas*, v. IX, cit.

[140] Idem, "A propósito de un caso de neurosis obsesiva (caso del 'Hombre de las Ratas')" (1909), em *Obras completas*, v. X (Buenos Aires, Amorrortu, 1988), p. 124.

[141] Idem.

[142] Idem, *Tres ensayos sobre teoría sexual* (1905), em *Obras completas*, v. VII (Buenos Aires, Amorrortu, 1988), p. 124.

[143] Idem, *Tótem y tabú* (1913 [1912]), em *Obras completas*, v. XIII (Buenos Aires, Amorrortu, 1988).

[144] Idem, "Análisis de la fobia de un niño de cinco años (caso del pequeño Hans)" (1909), em *Obras completas*, v. X, cit.

[145] Idem, "De la historia de una neurosis infantil (caso del 'Hombre de los Lobos')" (1918 [1914]) em *Obras completas*, v. XVII (1917-1919) (Buenos Aires, Amorrortu, 1988).

[146] Idem, *El yo y el ello* (1923), em *Obras completas*, v. XIX (Buenos Aires, Amorrortu, 1988), p. 49.

[147] Idem, "La pérdida de realidad en la neurosis y la psicosis" (1924), em *Obras completas*, v. XIX, cit., p. 195.

[148] Idem, "La organización genital infantil (Una interpolación en la teoría de la sexualidad)" (1923), em *Obras completas*, v. XIX, cit., p. 147.

[149] Idem, "Una neurosis demoníaca en el siglo XVII" (1923 [1922]), em *Obras completas*, v. XIX, cit., p. 73.

[150] Idem, *El malestar en la cultura*, cit., p. 125.

[151] Idem, *El yo y el ello*, em *Obras Completas*, v. XIX, cit., p. 67.

[152] Idem, "Fetichismo" (1927), em *Obras completas*, v. XXI, cit., p. 151.

[153] Idem, "La escisión del yo en el proceso defensivo" (1940 [1938]), em *Obras completas*, v. XXIII (Buenos Aires, Amorrortu, 1988), p. 273.

[154] Idem, "Inhibición, síntoma y angustia" (1926 [1925]), em *Obras completas*, v. XX (Buenos Aires, Amorrortu, 1988), p. 107.

[155] Herve Beauchesne, *História da psicopatologia* (São Paulo, Martins Fontes, 1989), p. 42-59.

[156] Christian I. L. Dunker, *Estrutura e constituição da clínica psicanalítica: uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento*, cit., p. 103-45.

[157] Jacques Lacan, "O estádio do espelho como formador da função do eu [*Je*] tal como nos revela a experiência psicanalítica", cit.

[158] Idem, "Para-além do 'princípio de realidade'", em *Escritos*, cit.

[159] Michel Foucault, *As palavras e as coisas*, cit., p. 521.

[160] Sigmund Freud, "Las neuropsicosis de defensa" (1895), em *Obras completas*, v. III, cit.

[161] Idem, "Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de 'neurosis de angustia'" (1895), em *Obras completas*, v. III, cit.

[162] Idem, "La predisposición a la neurosis obsesiva" (1913), em *Obras completas*, v. XII (Buenos Aires, Amorrortu, 1988), p. 329.

[163] Idem, "Neurosis o psicosis" (1924), em *Obras completas*, v. XIX, p. 151.

[164] Idem, "De la historia de uma neurosis infantil" (1918), em *Obras completas*, v. XVII, cit.

[165] Sigmund Freud e Josef Breuer, *Estudios sobre la histeria* (1893-1895), em *Obras completas*, v. II (Buenos Aires, Amorrortu, 1988).

[166] Christian I. L. Dunker, *O cálculo neurótico do gozo* (São Paulo, Escuta, 2002).

[167] Slavoj Žižek, *Bem-vindo ao deserto do real* (São Paulo, Boitempo, 2004).

[168] Ethan Watters, *Crazy Like Us: The Globalization of the American Psyche* (Nova York, Free Press, 2010).

[169] Ian Hacking, *Mad Travellers: Reflections on the Reality of Transient Mental Illness* (Virginia, Virginia Press, 1998).

[170] Philippe Van Haute, "The Introduction of the Oedipus Complex and the Reinvention of Instinct", *Radical Philosophy*, n. 115, set.-out. 2002, p. 7-15. Disponível em:< http://www.radicalphilosophy.com/article/the-introduction-of-the-oedipus-complex-and-the-reinvention-of-instinct>; acesso em: 13 out. 2014.

[171] Word Health Organization, *Mental Health in a Changing Word* (Londres, Tavistock, 1965).

[172] Ronald C. Kessler e T. Bedirhan Üstün, "The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI)", *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, v. 13, n. 2, jun. 2004, p. 93-121. Disponível em: <http://www.icpsr.umich.edu/files/CPES/articles/Kessler_Ustun_2004.pdf>; acesso em: 13 out. 2014.

[173] A. P. Rajkumar e T. S. Premkumar, "Coping with the Asian Tsunami: Perspectives from Tamil Nadu, India, on Determinations of Resilience in Face of Adversity", *Social Science & Medicine*, v. 67, n. 5, 2008, p. 844-53.

[174] J. Kitanaka, "Diagnosing Suicides of Resolve: Psychiatric Practice in Contemporary Japan", *Culture, Medicine and Psychiatry*, v. 32, n. 2, 2008, p. 152-76.

[175] Kim Hopper, Glynn Harrison et al. (orgs.), *Recovery from Schizophrenia: An International Perspective. A Report from the WHO Collaborative Project, the International Study of Schizophrenia* (Nova York, Oxford University Press, 2007).

[176] Lauren Murat, *O homem que se achava Napoleão* (São Paulo, Três Estrelas, 2012), p. 54.

[177] Idem.

[178] Philip Rieff, *O triunfo da terapêutica* (1966) (São Paulo, Brasiliense, 1990).

[179] Thomas S. Szasz, *O mito da doença mental* (1960) (Rio de Janeiro, Zahar, 1974).

[180] American Psychiatric Association, *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM-IV) (1994) (Porto Alegre, Artes Médicas, 1995), p. 515.

[181] Idem, *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM-IV-R) (2000) (Porto Alegre, Artes Médicas, 2002).

[182] Jacques Lacan, *O seminário*, livro 19. *... ou pior* (1971-1972) (Rio de Janeiro, Zahar, 2012), p. 78.

[183] Idem, "Direção da cura e os princípios de seu poder" (1958), em *Escritos*, cit.

[184] Ethan Watters, *Crazy Like Us: The Globalization of the American Psyche*, cit., p. 20.

[185] Edward Shorter, "The First Great Increase in Anorexia Nervosa", *Journal of Social History*, v. 21, n. 1, set. 1987, p. 69-96.

[186] Michel Foucault, *O poder psiquiátrico* (São Paulo, Martins Fontes, 1992).

[187] Ana Maria G. R. Oda, "Sobre o diagnóstico diferencial entre a histeria e a beribéri: as epidemias de caruara no Maranhão e na Bahia nas décadas de 1870 e 1880", *Revista Brasileira de Psicopatologia Fundamental*, v. 6, n. 4, dez. 2003, p. 135-44.

[188] Raimundo Nina Rodrigues, "A abasia coreiforme epidêmica no Norte do Brasil" (1939), *Revista Brasileira de Psicopatologia Fundamental*, v. 6, n. 4, dez. 2003, p. 145-56.

[189] Sigmund Freud, "Psicología de las masas y análisis del yo" (1921), em *Obras completas*, v. XVIII, cit.

[190] Ibidem, p. 155.

[191] Hilde Brush, *The Golden Cage: The Enigma of Anorexia Nervosa* (Cambridge, Harvard University Press, 1981).

[192] G. A. Ramos, *Histeria e psicanálise depois de Freud* (Campinas, Editora da Unicamp, 2008).

[193] Christian I. L. Dunker, "A loucura histérica e a psicose", *Mental*, Barbacena, v. 3, n. 5, nov. 2005.

[194] Jacques Lacan, *O seminário*, livro 5. *As formações do inconsciente* (1956-1957) (Rio de Janeiro, Zahar, 1999).

[195] Idem, *O seminário*, livro 10. *A angústia*, cit.

[196] Idem, *O seminário*, livro 17. *O avesso da psicanálise*, cit.

[197] Idem, *O seminário*, livro 20. *Mais, ainda*, cit.

[198] Christian I. L. Dunker e Fuad Kyrillos Neto, “A crítica psicanalítica do DSM-IV: breve história do casamento psicopatológico entre psicanálise e psiquiatria”, *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 14, n. 4, dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142011000400003>; acesso em: 13 out. 2014.

[199] Frank Furedi, *Therapy Culture: Cultivating Vulnerability in an Uncertain Age* (Londres, Routledge, 2004).